

**Tartu Ülikool**

**PeremeditSiini ja rahvatervishoiu instituut**

**ARSTIDE SUITSETAMINE JA SUHTUMINE  
SUITSETAMISSE**

**Magistritöö rahvatervishoius**

**Liis Lohur**

**Juhendaja: Kersti Pärna, MD, MPH, PhD**

**Tartu Ülikooli peremeditSiini ja rahvatervishoiu instituudi dotsent**

**Tartu 2016**

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistritööde kaitsmiskomisjon otsustas 26.05.2016 lubada väitekiri terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Marje Oona, PhD, TÜ peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi dotsent

Kaitsmine: 08.06.2016

## SISUKORD

MAGISTRITÖÖ MATERJALIDE AVALDAMINE .....	4
LÜHIKOKKUVÕTE .....	5
1. SISSEJUHATUS .....	6
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE.....	7
2.1. Arstide suitsetamine .....	7
2.1.1. Tubakaepideemia.....	7
2.1.2. Arstide suitsetamine maailmas.....	8
2.1.3. Arstide suitsetamine Eestis .....	10
2.2. Arstide teadmised ja hoiakud seoses suitsetamisega.....	11
2.2.1. Arstide suitsetamiselased teadmised ja hinnangud koolitusvajadusele .....	11
2.2.1. Patsiendiga suitsetamisest rääkimine ja seda piiravad tegurid.....	13
2.3. Eesti üldrahvastiku suitsetamine ja hoiakud seoses suitsetamisega.....	15
3. EESMÄRGID .....	17
4. MATERJAL JA METOODIKA.....	18
4.1. Andmebaas.....	18
4.2. Töös kasutatud tunnused .....	19
4.3. Andmeanalüüs.....	21
5. TULEMUSED .....	22
5.1. Suitsetamise levimus .....	22
5.2 Arstide hinnang suitsetamise kahjulikkusele .....	24
5.3. Arstide hinnang oma teadmistele ja koolitusvajadusele seoses suitsetamisega .....	24
5.4. Patsiendilt suitsetamisharjumuse kohta küsimine ja seda piiravad tegurid.....	26
6. ARUTELU .....	30
7. JÄRELDUSED JA ETTEPANEKUD .....	35
8. KASUTATUD KIRJANDUS.....	36
SUMMARY .....	39
TÄNUAVALDUS .....	41
CURRICULUM VITAE .....	42
LISAD.....	43

Lisa 1. Töös kasutatud küsimused. Arstide suitsetamise uuring 2014. aasta küsimustik

Lisa 2. Avaldatud magistritöö materjalid

## **MAGISTRITÖÖ MATERJALIDE AVALDAMINE**

Lohur L, Pärna K. Arstide suitsetamine, sellealased hinnangud ja tähelepanu pööramine patsientide suitsetamisele. Eesti Arst 2016;95:285–293.

## LÜHIKOKKUVÕTE

Käesolevas töös uuriti arstide suitsetamist ja suhtumist suitsetamisse. Töö eesmärgid olid (1) kirjeldada arstide suitsetamise levimust, (2) kirjeldada arstide hinnanguid seoses suitsetamisega ja analüüsida neid sõltuvalt arstide soost ja suitsetamise staatusest ning (3) kirjeldada arstide tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele ja analüüsida seda sõltuvalt arstide soost ja suitsetamise staatusest.

Läbilõikeline postiküsitlusuuring viidi läbi kõikide Eestis töötavate arstide ja hambaarstide hulgas 2014. aastal. Käesolevasse töösse kaasati alla 65aastased arstid ( $n=2334$ ). Suitsetamist määrati neljaastmelisel skaalal: igapäeva-, juhu-, endised ja mitte kunagi suitsetanud. Rühmadevaheliste erinevuste testimiseks kasutati hii-ruut testi ja t-testi. Suitsetamise seoseid suhtumiste ja hoiakutega hinnati logistilise regressioonanalüüsiga. Igale sõltumatule tunnusele arvutati vanusele kohandatud šansisuhe (OR, *odds ratio*) koos 95% usaldusvahemikuga (CI, *confidence interval*).

Uuringu tulemustena suitsetas 16,2% mees- ja 6,4% naisarstidest (igapäevaselt suitsetas vastavalt 12,5% ja 4,9%). Mittesuitsetavad arstid pidasid suitsetamist tervisele oluliselt kahjulikumaks kui suitsetavad arstid (meestel OR=3,98; 95% CI 2,24–7,04 ja naistel OR=4,82; 95% CI 3,22–7,21). Võrreldes naistega pidas oluliselt rohkem mehi oma suitsetamisest loobumise nõustamise alaseid teadmisi piisavaks, kuid oluliselt vähem mehi suitsetamise ennetuse alast õpetamist põhikoolituses vajalikuks. Suitsetamise staatus ei olnud oluliselt seotud hinnanguga oma teadmistele ja suitsetamise ennetuse vajalikkusele põhiõppes. Kümnendik arstidest ei olnud viimase nädala jooksul küsinud patsiendi suitsetamise kohta. Võrreldes suitsetavatega küsisid mittesuitsetavad arstid patsiendi suitsetamise kohta oluliselt rohkem (meestel OR=2,57; 95% CI 1,13–5,87 ja naistel OR=2,02; 95% CI 1,12–3,64). Peamine patsiendi suitsetamisele tähelepanu pööramist piirav tegur oli ajapuudus, millele järgnes arvamus, et arst ei suuda mõjutada patsiendi käitumist. Võrreldes suitsetavate arstidega oli mittesuitsetavate arstide arvates oluliselt harvemini patsiendi suitsetamisele tähelepanu pööramist piiravaks teguriks patsiendi privaatsuse häirimine (meestel OR=0,42; 95% CI 0,20–0,90 ja naistel OR=0,55; 95% CI 0,33–0,93). Mittesuitsetavatele naisarstidele oli piiravaks teguriks oluliselt vähem probleemi ebaolulisus (OR=0,36; 95% CI 0,19–0,70) ja selle arvamine kellegi teise tööülesandeks (OR=0,44; 95% CI 0,26–0,73).

Uuringu tulemuste põhjal suitsetas 2014. aastal kuuendik Eesti meesarstidest, naisarstidest suitsetas kaks korda vähem. Arstide hinnangud ja tähelepanu pööramine patsientide suitsetamisele olid seotud nende soo ja suitsetamise staatusega, sealjuures suhtusid suitsetavad arstid suitsetamisse heatahtlikumalt.

## 1. SISSEJUHATUS

Tubaka tarvitamine on üks peamisi ennetatavaid haigestumuse ja suremusega seotud tervise riskitegureid maailmas (1). Arenenud riikides põhjustab tubaka tarvitamine rohkem surmajuhte kui kõrgvererõhktõbi ja ülekaalulisus. Tubakast tingitud suremus maailmas tõuseb, kuna suitsetamisega seotud haiguskoormus suureneb ka madala ja keskmise sissetulekuga riikides. Suitsetamine põhjustab ligikaudu 71% kopsuvähi juhtudest, 42% ülemiste hingamisteede haigustest ja 10% südameveresoonkonna haigustest (1).

Arstidel on oluline roll oma patsientide ja ühiskonna tervisekäitumise mõjutamisel, haiguste ennetamisel ning heaolu tagamisel (2, 3). Arstide suitsetamist, mis võimaldab määrata riigi küpsust tubakaepideemia põhiselt ja hinnata suitsetamise suundumust üldrahvastikus (2), on maailmas palju uuritud. Vaatamata arstide suitsetamise vähenemisele arenenud riikides viimastel aastakümnetel (4) on nende hulgas endiselt suitsetajaid.

Arsti enda suitsetamine vähendab valmisolekut patsiendiga suitsetamisest rääkimiseks (4, 8–10). Samas on ka lihtsal ja lühikesel soovitusel suitsetamisest loobuda mõju patsiendi suitsetamisele (5, 9). Hoolimata käepärastest abivahenditest, pööratakse suitsetamisele sageli vähem tähelepanu kui teistele tervise riskiteguritele. Suitsetamine kui kestav tervist kahjustav harjumus on võrreldav kroonilise haigusega, mille tõttu vajab ka sellesarnast põhjalikku lähenemist (10).

Arsti ülesandeks võiks olla soovitada patsienti suitsetamisest loobuma pakkudes võimalust nõustamisteenusele või nikotiini asendusravile (10). Paraku võib arstidel suitsetamise kohta küsimise ja loobumisenõustamise suhtes esineda negatiivseid uskumusi ja suhtumisi, mis mõjutavad nende valmisolekut suitsetamisest rääkida (11).

Arstide suitsetamise uurimine võimaldab hinnata, milline võib olla arstide panus tubakapoliitika mõjutamisel ja rahvatervishoiualastes sekkumistes (2), kuna arstide suitsetamise staatus mõjutab nende suitsetamise alaseid hoiakuid (7, 8, 11, 12). Selleks, et teada arstide valmisolekut patsientide suitsetamise vähendamisele kaasaaitamisel, on vaja teada nende endi suitsetamist ja suhtumist suitsetamisse. Eestis on arstide suitsetamisharjumusi varasemalt uuritud kolmel korral (aastatel 1978, 1982 ja 2002), mis annab hea võimaluse arstide suitsetamise suundumuste jälgimiseks.

Käesolev magistritöö keskendus Eesti arstide suitsetamise levimusele, sellealastele hinnangutele ning patsientide suitsetamisele tähelepanu pööramisele 2014. aasta arstide suitsetamisuuringu andmetel.

## 2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

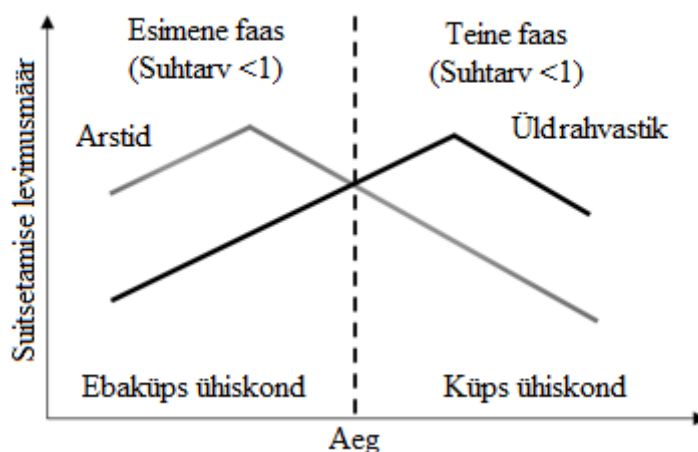
### 2.1. Arstide suitsetamine

Arstide suitsetamist on uuritud pikaajaliselt paljudes erinevates riikides. Olemasolevad andmed võimaldavad hinnata läbi arstide suitsetamise ühiskonna küpsust, kirjeldada arstide suitsetamise trende ning analüüsida suitsetamisega seotud haigestumust ja suremust (2, 4).

#### 2.1.1. Tubakaepideemia

Esimese maailmasõja järgselt kujunes suitsetamine arstidele tavapäraseks harjumuseks. Nende sissetulek lubas teha suuremaid kulutusi elustiilivalikutele sh sigarettidele. Kiirelt rikastuv ja piiranguteta tubakatööstuse maailm kasutas arste ka oma toodete reklaamimisel. Aastatel 1949–1984 hakati mõistma tubaka kahjulikku mõju, millega kaasnes teadlikkuse tõus suitsetamise terviseriskidest. Seetõttu loobusid arenenud riikides paljud arstid aegamisi suitsetamisest, samal ajal kui suitsetamise levimus üldrahvastikus tõusis (2, 7).

Nähtust nimetati tubakaepideemiaks, mis peegeldas ühiskonna küpsust Michael Kunze poolt loodud kahefaasilises tubakaepideemia mudelis (joonis 1). Mudeli esimeses faasis suitsetasid arstid rohkem kui üldrahvastik. Ühel ajahetkel hakkas arstide suitsetamise levimus langema samal ajal kui suitsetamine üldrahvastikus tõusis. Mudeli teises faasis ületas üldrahvastiku suitsetamine arstide suitsetamise levimuse. Mõne aja möödudes hakkas arstide eeskujul langema suitsetamise levimus ka üldrahvastikus, jäädes kõrgemaks arstide suitsetamise levimusest (2).



**Joonis 1.** Ühiskonna küpsust peegeldav tubakaepideemia mudel Michael Kunze järgi (2).

### 2.1.2. Arstide suitsetamine maailmas

Järgnevalt käsitleme olulisi epidemioloogilisi uuringuid arstide suitsetamise kohta maailmas.

**Ühendkuningriikide arstide suitsetamise kohortuuring.** Tuntuim ja pikemaajaline arstide suitsetamise uuring oli Ühendkuningriikide meesarstide prospektiivne kohortuuring, mida alustati 1951. aastal. Uuringu eesmärk oli välja selgitada suitsetamise levimus ja pikaajaline tubakatarvitamisega kaasnevad terviseriskid (13). Vaadeldi meesarstide haigestumuse ja suremuse seost suitsetamisega ning nende riski vähenemist suitsetamisest loobumisel (14). Aastal 1956 avaldatud tulemused näitasid tugevat seost tarvitatud tubaka koguse ja kopsuvähki haigestumuse vahel, olles esimeseks epidemioloogiliseks uuringuks, mis tõestas suitsetamise kahjulikkust tervisele. Nõrk seos leiti suitsetamise ning teiste vähi tüüpide, hingamisteede- ja südameveresoonkonnahaiguste suremusega (15).

Uuringut korraldati 1957., 1966., 1971., 1978. ja 1991. aastal. Lisaks võeti osalenutega ühendust andmete kontrolliks 2001. aastal. Leiti, et suitsetajad surid keskmiselt 10 aastat varem kui mittedsuitsetajad. Risk haigestuda suitsetamisega seotud haigustesse vähenes poole võrra loobudes suitsetamisest 50aastasena, loobudes 30aastasena vähenes risk aga pea täielikult. Suitsetamisest loobumine 60-, 50-, 40- või 30aastasena pikendas eluiga vastavalt 3, 6, 9 või 10 aastat. Mittedsuitsetajate keskmine eluiga ajas tõusis, suitsetajate oma mitte (14).

**Arstide suitsetamise levimuse trendid maailmas.** Ühendkuningriikide kohortuuringust selgus, et meesarstide suitsetamise levimus vähenes 62%lt 1951. aastal 18%ni 1991. aastal (14). Märkimisväärne muutus arstide suitsetamisharjumustes leidis aset Ameerika Ühendriikides aastatel 1949–1984, kus viiekümnendatel suitsetasid umbes pooled arstidest. Suitsetamise levimus langes 40%lt 1960. aastatel 10%ni 1980. aastatel ning 1984. aastal tõdeti, et enamik arstidest olid suitsetamisest loobunud (16).

Austraalias, kus 1960. aastatel suitsetasid üldrahvastikus ligikaudu kaks kolmandikku meestest ja üle kolmandiku naistest, oli arstide suitsetamise levimus 30%, mis langes alla 10% 1980. aastate teises pooles kuni 3%ni 1990. aastatel (17).

Süsteemaatiline ülevaade Jaapani arstide suitsetamisest aastatel 1965–2009 näitas, et arstide suitsetamise levimus langes viiekümne aasta jooksul selgelt nii mees- kui ka naisarstide hulgas (68%lt 16%ni meestel ja 19%lt 5%ni naistel) (18).

Soomes suitsetasid 1969. aastal igapäevaselt 24% mees- ja 17% naisarstidest, 1990. aastal aga 10% mees- ja 6% naisarstidest (lisaks olid 1990. aastal juhusuisetajad 15% meestest ja 6% naistest) (19). Igapäevasuisetamise levimus langes 1995ks aastaks 7%ni mees- ja 3%ni naisarstidel (juhusuisetamine langes võrreldes 1990. aastaga meeste hulgas 3%). Aastal 2001 oli Soome arstide suitsetamise levimus olulise erinevusega võrreldes 1995. aastaga.



Igapäevasuitsetamise levimus oli 2001. aastal 7% mees- ja 4% naisarstide hulgas (lisaks olid 15% meestest ja 5% naistest juhusuitsetajad). Kõige rohkem suitsetasid igapäevaselt meesarstid vanimas vanuserühmas (20).

Süstemaatiline ülevaade arstide suitsetamise uuringutest maailmas aastatel 1974–2004 näitas, et arstide suitsetamine oli selges langustendentsis pea kõikides riikides. Enamasti suitsetati rohkem meeste hulgas ja vanemas vanuserühmas. Nimetatud aastatel leiti madalaim suitsetamise levimus Ameerika Ühendriikides 2000. aastal (2%), Austraalias 1996. aastal (3%) ja Ühendkuningriikides 1987. aastal (3%). Kõrgeim arstide suitsetamise levimus leiti Kreekas 1992. aastal (49%), Hiinas 1996. aastal (45%) ja Jaapanis 1983. aastal (43%) (4).

Abdullah jt poolt (2014) koostatud süstemaatiline ülevaade käsitles madala ja keskmise sissetulekuga riikide arstide tubakatarvitamist ja suitsetamisest loobumise praktikaid aastatel 1987–2010. Ülevaatesse kaasati 92 arstide suitsetamise uuringut, millest enamik olid läbilõikelised postiküsitlusuuringud. Jagades ülevaates käsitletud riigid regioonideks, selgus et arstide suitsetamise levimus neil aastatel oli kõrgeim Kesk- ja Ida-Euroopas (37%). Järgnesid Aafrika (29%), Kesk- ja Lõuna-Ameerika (25%) ning Aasia (17,5%) kinnitades oluliste piirkondlike erinevuste olemasolu. Suitsetamine oli enam levinud meesarstide hulgas, seda eriti Aafrikas ja Aasias. Kõrgeimat suitsetamise levimust kirjeldati Filipiini saartel 1987. aastal (63%) ja Mehhikos 1991. aastal (62%). Madalaimad levimused olid Nigeerias 2004. aastal (3%) ja Brasiilias 1997. aastal (6%) (21).

**Hiljutised arstide suitsetamise uuringud.** Viimase viie aasta jooksul avaldatud arstide suitsetamise uuringud pärinevad Türgist (22), Portugalist (23), Flaami Brabantist (24), Bahreinist (25) ja Armeenias (26). Türgis tehtud perearstide suitsetamise uuringust selgus, et suitsetavaid meesarste oli 36,9%, naisarste 30,4%. Lisaks sotsiaaldemograafilistele tunnustele uuriti ka sõltuvuse tugevust, suitsetamise põhjusi ja loobumise valmidust (22). Kahel meditsiinikonverentsil tehtud ankeetküsitluse põhjal oli Portugali arstidest suitsetajaid mehi 29,2% ja naisi 15,8% (23).

Flaami Brabantis oli anonüümse internetipõhise arstide tervisekäitumise uuringu tulemusena suitsetamise levimus 10% meesarstide ja 5% naisarstide hulgas ning 72% suitsetavatest arstidest olid varasemalt proovinud harjumusest loobuda tervislikel põhjustel või hea eeskuju eesmärgil (24). Bahreini arstide suitsetamise uuringus oli 2013. aastal meesarstidest tubaka tarvitajaid 20,0% ja naisarstidest 3,0%. Sealjuures olid enamik neist (12% meestest ja 2% naistest) vaid vesipiibu suitsetajad (25). Armeenias oli suitsetamise levimus arstide hulgas oluliselt kõrgem kui õdede hulgas (31,2% vs. 6,6%) (26).

### 2.1.3. Arstide suitsetamine Eestis

Eestis on varasemalt arstide suitsetamist uuritud 1978., 1982. ja 2002. aastal. Lisaks on tehtud haiglapersonali suitsetamise uuringuid seoses Eesti tervist edendavate haiglate võrgustiku liikumisega.

Esimesele arstide suitsetamise uuringule 1978. aastal eelnes Eesti NSV tervishoiuministri käskkirja rakendumine 1977. aastal, millega keelustati arstide suitsetamine haigete juuresolekul ja kohustuti panema piir arstide suitsetamisele. Suitsetamise levimust ei olnud varasemalt uuritud üldrahvastikus ega arstkonnas. Küsitlus toimus lühikese haiglatesse saadetud ankeedivormi põhisel, kus uuriti arstide suitsetamisharjumusi ja nende hinnanguid suitsetamise seoste kohta erinevate haigustega. Uuringu vastamismäär oli 73%. Aastal 1978 suitsetas 42% mees- ja 20% naisarstidest. Suitsetamise levimus nii mees- kui ka naisarstide seas oli kõrgeim vanuserühmas 30–39 aastat (vastavalt 49% ja 24%) ja madalaim vanimas vanuserühmas, üle 60aastastel (vastavalt 19% ja 11%) (27).

Teine Eesti NSV arstkonna suitsetamislevimuse ankeetküsitlus toimus 1982. aastal, mis oli järg 1978. aasta uuringule. Erinevalt eelmisest küsitlusest pidi vastaja teatama oma nime. Uuringu vastamismäär oli 80,7%. 1982. aastal oli suitsetamise levimus 41,5% mees- ja 15,2% naisarstide hulgas. Meesarstide hulgas oli levimus kõrgeim noorimas, kuni 29aastaste vanuserühmas (56,9%), ja madalaim vanimas, üle 60aastaste vanuserühmas (18,6%). Naiste hulgas oli levimus kõrgeim vanuserühmas 30–39 (18,6%) ja madalaim vanimas, üle 60aastaste vanuserühmas (5,8%) (28).

Kolmas arstide suitsetamise uuring toimus 2002. aastal. Valimi moodustasid 4140 arsti, kes kuulusid 2002. aastal Eesti Haigekassa andmekogusse. Tegemist oli 38 küsimusega postiküsitlusuuringuga, mis tugines 1998. aasta Maailma Terviseorganisatsiooni suitsetamise küsimustikule ja 1982. aasta uuringu ankeedile. Uuriti arstide varasemat ja praegust suitsetamist, suhtumist enda ja patsientide suitsetamisesse ning tervisedendusse. Küsimustikud saadeti arsti töökohta koos kaaskirja ja margistatud ümbrikuga küsimustiku tagastamiseks. Mittevastanutele saadeti kuu möödudes meeldetuletuskiri koos uue küsimustikuga. Vastamismäär oli 67,8% (meesarstidel 57,2% ja naisarstidel 70,5%) (12, 10).

Kuni 65-aastaste töötavate arstide hulgas oli 2002. aastal igapäevasuitsetajaid mehi 18,6% ja naisi 6,6%. Lisaks sellele olid 7,7% mees- ja 4,4% naisarstidest juhusuitsetajad. Vanuserühmade võrdluses oli kõige rohkem igapäevasuitsetajaid mehi vanuses 45–54 (21,3%) ja naisi vanuses 35–44 (7,4%). Mittesuitsetajaid oli nii mees- kui ka naistarstide hulgas kõige rohkem vanimas, 55–64 aastaste vanuserühmas (vastavalt 76,5% ja 90,7%) (12).

Võttes arvesse kõik vanused oli arstide suitsetamise levimus 24,9% meestel ja 10,8%

naistel (juhu- ja igapäevasuitsetajad kokku). Peamine põhjus suitsetamiseks oli sigareti rahustav toime närvilisuse korral. Peamine ajend suitsetamisest loobumisel oli isiklik terviseprobleem, sellega taasalustamisel aga stress. Mittesuitsetavad arstid küsisid patsiendilt suitsetamisharjumuse kohta sagedamini kui suitsetavad arstid (5). Järgmine arstide suitsetamise uuring tehti 2014. aastal, mille tulemusi käesolevas magistritöös kajastatakse.

Tervise Arengu Instituut korraldas 2009. aastal suitsetamise levimuse uuringu 23 Eesti tervist edendava haigla või muu tervishoiuasutuse töötajate seas. Uuring tehti Euroopa suitsuvabade haiglate ja terviseteenuste võrgustiku suitsetamislevimuse hindamise küsimustiku põhjal, mis oli anonüümne ja isetäidetav. Küsitlusele vastas 6818 inimest, vastamismäär oli 75,4%. Uuringus osalejatest 15,5% olid arstid. Suitsetajaid oli haiglatöötajatest enim üliõpilaste ja õdede seas, kõige vähem arstide hulgas. Igapäevasuitsetajate osakaal meesarstide hulgas oli 23,9% ja naisarstide hulgas 6,9%. Kolmandik suitsetavatest arstidest ei kavatsenud suitsetamisest loobuda (29).

## **2.2. Arstide teadmised ja hoiakud seoses suitsetamisega**

Arstidel on oluline roll oma patsientide ja ühiskonna tervisekäitumise mõjutamisel ning heaolu tagamisel (2, 3). Umbes kolmandik Euroopa perearstidest soovitas alati oma suitsetavatel patsientidel harjumusest loobuda. Valmidus seda teha sõltus arstide sellealastest teadmistest ja hoiakutest, saadaolevatest abi- ja ravivõimalustest, riiklikust poliitikast, juhenditest, hüvitistest ning patsiendi huvist ja nõudlusest (8). On leitud, et suitsetamise vähendamisesse elanikkonnas panustavad rohkem arstid, kes on saanud suitsetamise teemalist väljaõpet (31, 32).

### **2.2.1. Arstide suitsetamisalased teadmised ja hinnangud koolitusvajadusele**

Arstide väljaõppesse peaks kuuluma patsientide nõustamise oskuste arendamine erinevatel terviseteemadel sh suitsetamisest loobumine (9). Kralikova jt (2009) süstemaatilises ülevaates kajastati arstidele mõeldud suitsetamisteemaliste koolituste olemasolu, kättesaadavust ja sisu Euroopa Liidu riikides. 2009. aastal olid koolitused tagatud kõikides riikides va Lätis, olles eelkõige suunatud perearstidele, pulmonoloogidele ja kardioloogidele. Koolituste pakkujad olid mittevalitsuse organisatsioonid (vähiliidud, tubaka vastased grupid), ülikoolid- ja meditsiiniühendused, terviseinstituudid ja -keskused ning tervishoiu ministriumid. Kolmandikus riikides sh Eestis puudusid ravijuhised tubakasõltuvuse raviks (31).

Portugalis olid 2009. aastal meditsiikonverentside põhistel küsitlustel enamikul arstidest puudulikud teadmised suitsuvabast poliitikast ja tubakaseadustest. Arstidest 9% tegelesid regulaarselt suitsetamise ennetuse või loobumise teemaga. Valmidus seda teha oli seotud

eelneva koolituse olemasoluga (23). Armeenias olid suitsetamise loobumise alast koolitust saanud enam õed kui arstid (vastavalt 42,6% ja 26,9%) (26). Euroopas olid suitsetamise teemalist koolitust saanud erinevatel andmetel üks kümnendik kuni kolmandik perearstidest (8). Selgete ravijuhiste puudumisel perearstid üle- ja alahindavad soovitatud nikotiini asendusravi doose ning on ebakindlad sellest rääkimisel ja selle väljakirjutamisel (8).

Enamik arste Soomes 2001. aastal ja Eestis 2002. aastal pidasid oma teadmisi ja oskusi piisavaks nõustamaks patsiente, kes soovivad suitsetamisest loobuda. Soome arstid ja Eesti mittesuitsetavad arstid nõustusid aga oluliselt sagedamini väitega, et suitsetamise ennetus peaks olema osa tervishoiutöötajate põhikoolitusest. Võrreldes suitsetavate meesarstidega Eestis oli mittesuitsetavatel meesarstidel Eestis 2,71 (95% CI 1,52–4,85) ja Soomes 12,24 (95% CI 6,64–22,57) korda suurem šanss väitega nõustuda. Soome suitsetavatel meesarstidel oli aga 3,71 (CI 1,93–7,14) korda suurem šanss seda teha. Võrreldes suitsetavate naisarstidega Eestis oli mittesuitsetavatel naisarstidel Eestis 2,01 (95% CI 1,29–3,13) ja Soomes 11,52 (CI 6,18–21,48) korda suurem šanss väitega nõustuda. Soome suitsetavatel naisarstidel oli šanss seda teha aga 10,11 (95% CI 2,34–43,60) korda suurem (12).

Alates 2005st aastast on korraldatud tervishoiuvaldkonna üliõpilaste uuringuid (GHPSS – *Global Health Professional Student Survey*), mida on viidud läbi 49 Maailma Terviseorganisatsiooni liikmesriigis ja ühes geograafilises regioonis (32). Euroopas täitsid 2005.–2008. aastal küsimustiku 11 madala ja keskmise sissetulekuga riigi üliõpilased. Enamik neist arvasid, et tervishoiutöötajatel on roll patsiendi suitsetamiskäitumise mõjutamisel (59,7% Slovakkias kuni 100% Sloveenias) ning tervishoiutöötajad peaksid saama spetsiifilist koolitust suitsetamisest loobumise nõustamise tehnikate osas (60,8% Tšehhis kuni 97,1% Albaanias). Samas olid oma õppes ametlikku suitsetamisest loobumise koolitust saanud võrdlemisi vähesed (34,1% Armeenias kuni 1,4% Tšehhis) (33).

Sama küsimustiku põhjal tehti 2009. aastal uuring Saksamaal, Itaalias, Poolas ja Hispaanias. Enamik vastanuid nõustusid väitega, tervishoiutöötajatel on oluline osa suitsetamise loobumise alase informatsiooni ja nõu andmisel oma patsientidele (85,5% Saksamaal kuni 99,1% Hispaanias). Ametlikku koolitust suitsetamisest loobumise lähenemiste kohta, mida patsientidega kasutada, olid saanud 24,6% Poola, 20,1% Hispaania, 19,3% Saksamaa ja 3,5% Itaalia üliõpilastest kolmanda aasta teise semestri lõpus (34).

TÜ arstiteaduse õppekavas on 2015/2016. aastal sisseastunudel võimalik erinevates põhiainetes kuulata üksikuid loenguid ja seminare suitsetamise valdkonnast ning valikainete raames läbida kaks väikesemahulist suitsetamise teemalist ainet (35).

### 2.2.1. Patsiendiga suitsetamisest rääkimine ja seda piiravad tegurid

On leitud, et isegi lühike suitsetamisest loobumise alane soovitus mõjutab patsiendi suitsetamist (4, 5), olles kulutõhusaks meetodiks suitsetamise vähendamisel ja võrreldav teiste ennetava meditsiini sekkumistega (36). Stead jt metaanalüüsi põhjal oli soovitus saajatel ligi kaks korda suurem tõenäosus suitsetamisest loobuda ja olla aasta möödudes mittersuitsetaja võrreldes mittesekkamisega ( $RR=1,66$ ; 95% CI 1,42–1,94). Mõju oli tugevam, kui patsiendile pakuti lisaks teisi lähenemisi suitsetamisest loobumiseks nagu nikotiini asendusravi, loobumisharjutamine või järelkontrolli aja kokkuleppimine (6).

Paraku võib arstidel suitsetamise kohta küsimise ja loobumisharjutamise suhtes esineda negatiivseid uskumusi ja suhtumisi. Vogt jt süstemaatiline ülevaade selgitas, et levinum põhjus suitsetamisest mitterääkimiseks oli sellega kaasnev liigne ajakulu (42%) (11), mis oli üheks peamiseks põhjuseks ka Euroopa perearstidel erinevates riikides (8) ja Soome arstidel 2001. aastal (12). Teised levinud põhjused olid Vogt jt põhjal tajutud ebaefektiivsus suitsetamise vähendamisel (38%), oma teadmiste või oskuste ebapiisavaks pidamine (38%) ja asjaolu, et arstidel oli olnud ebameeldiv või tänamatu kogemus seoses suitsetamise kohta küsimise ja loobumisharjutamisega (18%). Vähem levinud põhjused olid soov mitte häirida patsiendi privaatsust (5%), kohustuse mittetajumine (5%) ja tegevuse pidamine ebasobilikuks (3%) (11). Pipe jt põhjal pidasid arstid erinevates riikides suurimaks takistuseks patsiendi suitsetamise mõjutamisel patsiendi enda tahtejõu puudumist, tugevat sõltuvust ja sotsiaalset keskkonda või kaaslasi (7). Eesti arstid pidasid 2002. aastal suurimaks takistuseks patsiendi suitsetamise kohta küsimisel harjumuse puudumist (12).

Mitmete allikate põhjal mõjutab valmidust patsiendiga suitsetamisest rääkima arsti enda suitsetamise staatus (4, 9, 10, 32) ja patsiendi tervises seisund (4, 31). Mittesuitsetavad arstid peavad harjumust kahjulikumaks kui nende suitsetavad kolleegid ja küsivad sagedamini patsiendi suitsetamise kohta (5,7). Näiteks oli mittersuitsetavatel naistel nii Eestis kui Soomes 2002. aastal oluliselt suurem šanss küsida patsiendi suitsetamise kohta võrreldes suitsetavate Eesti naisarstidega (Eestis  $OR=2,59$ ; 95% CI 1,87–3,60 ja Soomes  $OR=3,26$ ; 95% CI 2,27–4,67) (12). Pipe jt leidsid, et mittersuitsetavad arstid olid võrreldes suitsetavate arstidega enam valmis suitsetamisest rääkima igal visiidil ja tegema sissekande patsiendi suitsetamisharjumuse kohta. Mittesuitsetavad arstid soovitasid sagedamini kui suitsetavad arstid patsiendil suitsetamisest loobuda, aitasid patsienti loobumise planeerimisel ja kirjutasid välja ravimeid selle tegemiseks (7). Arstid olid avatumad arutama suitsetamise teemat raseda patsiendiga (8) või juhul kui esines tubaka tarvitamisega seotud sümptomeid ja haigusi (4, 31).

**Arstipoolsed sekkumismeetodid ja nende tõhusus.** Julgustamaks patsiente suitsetamisest loobuma, on välja töötatud sekkumismeetod „5-As: *ask, advise, assess, assist, arrange*“. Meetodi idee on selgitada tubaka tarvitajad, soovitada neil suitsetamisest loobuda, eristada motiveeritud loobujad, pakkuda neile ravimeid või tugiteenuseid suitsetamisest loobumisel ja leppida kokku järelkontroll. Ameerika Ühendriikide tubaka kasutamise ja sõltuvuse ravijuhendi kohaselt peaksid arstid küsima igalt patsiendilt nende suitsetamise kohta ja soovitada suitsetajatel harjumusest loobuda (9). Tegelikult küsiti Ameerika Ühendriikide terviseuuringu põhjal suitsetamisharjumuse kohta harvemini, loobuda soovitati umbes pooltel suitsetajatel. Aastal 2000 said 53,3% suitsetajatest arstilt soovitus suitsetamisest loobuda, aastal 2005 58,9% suitsetajatest ja aastal 2010 50,7% suitsetajatest. Seejuures oli naistel suurem šans saada soovitus suitsetamisest loobumiseks kui meestel (OR=1,25; 95% CI 1,06–1,48) (37).

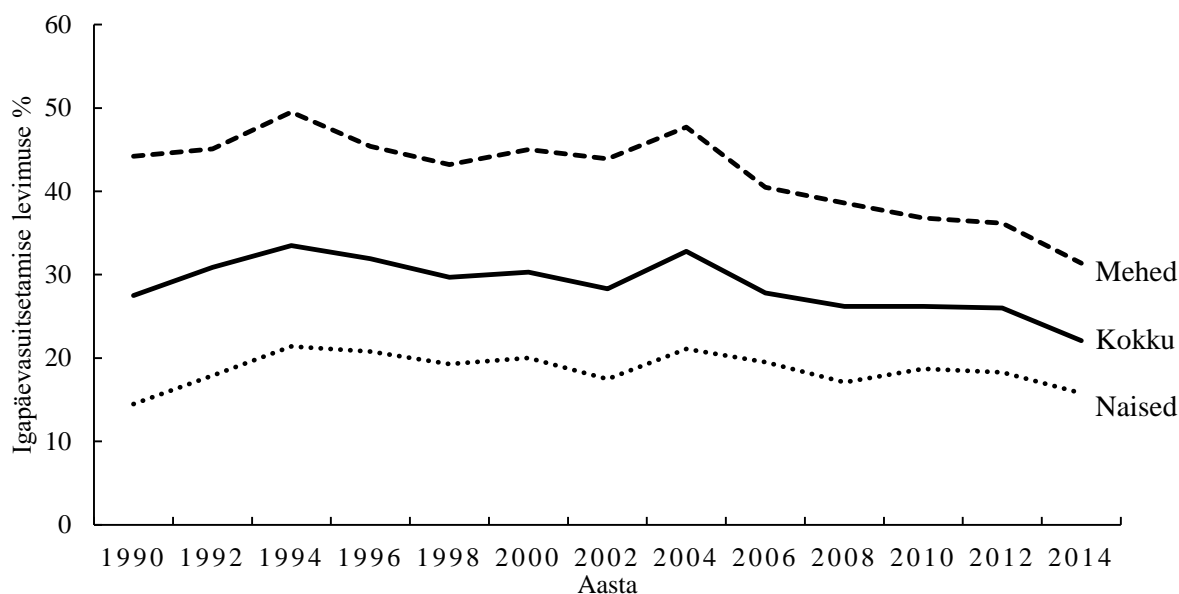
Duaso jt uurisid arstide enda suitsetamise staatuse seost „5-As“ meetodi kasutamisega (38). Erinevalt Pipe jt uuringu tulemustest (7) puudus oluline seos arsti suitsetamise staatuse ja alati patsientidelt suitsetamise staatuse kohta küsimise vahel (38). Suitsetamise staatus ei mõjutanud ka arstide valmidust kokku leppida järelkontrolli aega. Suitsetavatel arstidel oli aga väiksem tõenäosus soovitada oma patsientidel suitsetamisest loobuda (RR=0,83; 95% CI 0,77–0,90) ja nende valmidus patsiente nõustada oli madalam (RR=0,92; 95% CI 0,85–0,99) võrreldes arstidega, kes ei olnud kunagi suitsetanud. Samas oli suitsetavatel arstidel suurem tõenäosus suunata patsiente loobumisharjumise nõustamise võrreldes mitte kunagi suitsetanud arstidega (RR=1,40; 95% CI 1,09–1,79) (38).

Et arsti sõnum patsiendile korda läheks, on oluline selle edastamise viis ja sisu. Soovitus suitsetamisest loobumiseks peaks olema esitatud selgesõnaliselt ja isiklikul moel (9). Tuginedes prospektiteooriale (inimese otsuste tegemise mustrid madala ja kõrge riski olemasolul) ja mitmele tervisesõnumi mõjususe uuringule, soovivad Toll jt sõnastada sõnumi suitsetamisest loobuda võimalikku tervisekasu (mitte tervisekahju) silmas pidades. Positiivse sisuga sõnum on tõhus pigem nõrga nikotiinisõltuvuse korral (39). Kui võimalik, võiks sõnum olla kohandatud patsiendile võttes arvesse tema suitsetamisharjumusi, demograafilisi tunnuseid ning soodustada eneseusku. Näiteks selle asemel, et öelda „Suitsetamine kahjustab teie tervist ja põhjustab kopsuvähki, südamehaigusi ja insulti“, võiks arsti sõnum olla „Suitsetamisest loobumine parandab teie tervist ennetades probleeme nagu kopsuvähk, südamehaigused ja insulti“ (39).

### 2.3. Eesti üldrahvastiku suitsetamine ja hoiakud seoses suitsetamisega

**Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring.** Suitsetamise levimust Eestis on alates 1990. aastast igal paarisaastal uuritud Eesti 16–64aastaste elanike tervisekäitumise uuringus. 1990. aastal oli suitsetamise levimus 27,5% (44,2% meestel ja 14,5% naistel) (joonis 2). Üldrahvastiku suitsetamise levimus oli ebaühtlane aastani 2004 ja on pärast seda pidevalt langenud. Kui 2004. aastal suitsetas 47,7% meestest, siis 2014. aastal oli suitsetajaid 31,4%. Naiste suitsetamise levimustrend on aastate lõikes olnud ebaühtlane. Uuringuandmete põhjal oli naiste suitsetamise levimus 2014. aastal 15,8%, mis oli madalam eelnevatest uuringuaastatest (va aasta 1990) (40).

Lisaks sellele olid 2014. aastal 8% meestest ja 6,9% naistest juhusuisetajad. Kõige rohkem igapäevasuisetajaid oli 45–54aastaste meeste ja naiste hulgas, vastavalt 40,2% ja 20,7%. Mittesuisetajaid oli enim 55–64aastaste naiste (58,2%) ja 16–24aastaste meeste hulgas (45,8%) (40). Alates 1996. aastast ilmnesid rahvastiku suitsetamises hariduserinevused, kui põhiharidusega meestel oli oluliselt suurem šans suitsetada kui kõrgharidusega meestel. Sarnased suitsetamise levimuse ja haridustaseme vahelised seosed hakkasid naistel ilmnema 2004. aastal (41).



**Joonis 2.** Igapäevasuitsetamise levimus Eesti täiskasvanud (16–64aastased) rahvastikus 1990–2014 (40).

**Eesti Terviseuuring.** Üleriigilist suurimat rahvastiku tervist käsitlevat Eesti Terviseuuringut on korraldatud 1996., 2006. ja 2014. aastal (42). Igapäevasuitsetamise levimus Eesti kõrgharidusega rahvastikus (vanuserühmad 16–75 ja vanemad) oli 2006. aastal 26,1% meestel ja 10,0% naistel. Keskharidusega inimestest suitsetasid 38,4% meestest ja 17,2%

naistest. Põhiharidusega inimeste hulgas oli suitsetajaid mehi 41,8% ja naisi 20,3% (43). Käesoleva magistritöö koostamise hetkel 2014. aasta terviseuuringu suitsetamise andmed kättesaadavad ei olnud.

Suitsetamise levimus oli 2006. aastal seotud inimese haridusliku taustaga. Võrreldes kõrgharidusega täiskasvanutega oli 25–64aastastel keskharidusega meestel ja naistel oli üle kahe korra suurem šanss suitsetada (vastavalt meestel  $OR=2,63$ ; 95% CI 1,92–3,61 ja naistel  $OR=2,35$ ; 95% CI 1,71–3,24). Põhiharidusega meestel ja naistel oli ligi neli korda suurem šanss suitsetada võrreldes kõrgharidusega täiskasvanutega (vastavalt meestel  $OR=3,82$ ; 95% CI 2,56–5,69 ja naistel  $OR=3,80$ ; 95% CI 2,46–5,86) (44).

**Üldrahvastiku hoiakud seoses suitsetamisega.** Sotsiaalministeeriumi ja Tervise Arengu Instituudi 2014. aastal tellitud aruandes uuriti 15–74aastaste Eesti elanike suitsetamist ja sellealaseid hoiakuid. Madalama haridusega inimesed hindasid sigareti suitsetamist vähem kahjulikuks kui kõrgharidusega inimesed. Naised, vanemad inimesed ja mittesuitsetajad pidasid tubakatooteid kahjulikumaks võrreldes meeste, noorte inimeste ja suitsetajatega (45).

Pooltele oli suitsetamisest loobumise peamiseks ajendiks enda tervislikud põhjused või oluline elumuutus. Kolmandik vastanutest pidas oluliseks lähedase suitsetava inimese terviseprobleemi, tubakatoodete hinda, selle populaarsuse langust ja suitsetamise mõju kõrvalseisjatele. Harva peeti väga oluliseks suitsetamisest loobumise põhjuseks arsti või muu tervishoiutöötaja soovitus, teiste eeskuju, selle taunitavust, professionaalse nõustamisteenuse kasutamise võimalust ning meediat. Abivahenditest ja tugiteenustest suitsetamisest loobumisel oldi väga hästi teadlikud, kuid nende kasutajaid oli tunduvalt vähem. Näiteks tasuta nõustamist olid kasutanud kõigest 4% suitsetajatest (45).

Uuringu põhjal arvas 40% eestlastest, et rahvastiku suitsetamisharjumuste muutmiseks on vaja senisest palju rohkem tegevusi. Seda, et algatusi on piisavalt, kuid need jäävad vähetulemuslikeks, arvasid 31% eestlastest. Eestlastest 17% arvasid, et tulemuslikke algatusi on piisavalt ja nendega tuleks jätkata. Oluliste tegevustena nimetati lisaks muule teavitustööd laste ja noorte hulgas, tubakatoodete hinna või aktsiisi tõstmist ja müügipiirangute kehtestamist (45).



### **3. EESMÄRGID**

Magistritöö põhieesmärk oli uurida arstide suitsetamist ja suhtumisi suitsetamisse.

Magistritöö alaeesmärgid olid:

1. Kirjeldada arstide suitsetamise levimust;
2. Kirjeldada arstide hinnanguid seoses suitsetamisega (hinnang suitsetamise kahjulikkusele, oma suitsetamisest loobumise alastele teadmistele ja koolitusvajadusele) ning analüüsida hinnanguid sõltuvalt arstide soost ja suitsetamise staatusest;
3. Kirjeldada arstide tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele (patsiendilt suitsetamisharjumuse kohta küsimine ja arvamus seda piiravate tegurite kohta) ning analüüsida vastuseid sõltuvalt arstide soost ja suitsetamise staatusest.

## 4. MATERJAL JA METOODIKA

### 4.1. Andmebaas

Käesolev magistritöö põhines Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi 2014. aastal korraldatud uuringul „Epidemioloogiline ja geneetiline tõendus tervishoiutöötajate suitsetamiskäitumise ja nikotiinisõltuvuse kohta“. Uuring oli jätkuks 1977., 1982. ja 2002. aastal korraldatud arstide suitsetamise uuringutele ja käsitles esmakordselt ka suitsetamisega seotud geneetilisi tegureid.

Läbilõikelise uuringu valim koostati Eesti Tervishoiutöötajate registrisse kantud töötavatest arstidest ja hambaarstidest. Arstide elukoha aadresside saamiseks lingiti andmeid Rahvastikuregistriga, mille tulemusena saadi esmasesse valimisse 5808 inimest. Nendest jäi valimist välja 142 isikut seoses välismaal elamise või täpsete elukohaandmete puudumisega. Valimi lõplik suurus oli 5666 inimest.

Küsimustik sarnanes 2002. aasta arstide suitsetamisuuringus kasutatule ja koosnes 46st eestikeelsest küsimusest. Küsitlusankeedi abil koguti järgnevat informatsiooni: sotsiaaldemograafilised andmed, hinnang tervisele, varasem ja praegune suitsetamine, nikotiinisõltuvuse väljaselgitamine, suhtumine suitsetamisesse, suitsetamisest loobumine ja patsientide nõustamine seoses suitsetamisega. Vastuste anonüümsus uuringumaterjalidel tagati kodeeritud kleebisetiketi abil.

Andmete kogumist alustati 1. oktoobril 2014. aastal, mil uuringus osalejatele väljastati rahvastikuregistri järgsele elukoha aadressile uuringu eesmärki, metoodikat ja andmekaitselisi fakte tutvustav kaaskiri (mida kasutati informeeritud nõusoleku saamiseks), küsimustik, DNA proovi katsuti, DNA proovi võtmise juhend ning kaetud postikuludega tagasisaatmise aadressiga ümbrik. Mittevastanutele väljastati 28. oktoobril 2014 meeldetuletuskiri. Kuu aja möödudes, 25. novembril 2014 saadeti mittevastanutele uuringumaterjalid uuesti.

Juhul kui uuringumaterjalid tagastati postiteenuseosutaja poolt seoses aadressi mitteleidmise, postkasti puudumise, tähtaja möödumise või ebasobiva postkasti suurusega, saadeti uuringukomplekt arsti töökoha aadressile. Väike kogus uuringumaterjale postitati ka teistel kuupäevadel vastavalt individuaalsetele teavitustele või täienenud aadressiinfole. Laekunud vastused, keeldumised ja kättesaamatud aadressid registreeriti uuringukoodi alusel kuupäevaliselt ja võimalike põhjendustega registreerimisfaili.

Andmete kogumine ja topeltsisestamine lõpetati 2015. aasta märtsis. Kokku saadeti tagasi 2947 ankeeti, millest 8 oli täidetud valimisse mittekuulunud isiku poolt või mida oli tagastatud topelt. Analüüsitavaks osutusid 2939 ankeeti. Uuringu kohandamata vastamismäär oli 51,9% ja kohandatud vastamismäär (maha on arvatud 129 uuritavat, kelleni eelnimetatud põhjustel materjalid ei jõudnud) oli 53,1%.

Käesolevasse magistritöösse kaasati kuni 65aastased töötavad arstid, keda oli 2334 (mehi 408 ja naisi 1926). Töö keskendus uuringu küsimustikupõhiste andmetele, analüüsides arstide suitsetamist, sellealaseid hinnanguid ja tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele.

Uuringu tegemiseks saadi luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt (protokolli number 235/T-12) ja luba isikuandmete töötlemiseks saadi Andmekaitse Inspeksioonist (otsuse number 2.2.-3/14/367r). Uuringut rahastati personaalse uurimistoetusena (PUT299) Haridus- ja Teadusministeeriumi poolt. Käesoleva töö autor osales uuringu andmete sisestamisel ja analüüsil.

#### **4.2. Töös kasutatud tunnused**

**Vanus** (lisa 1, küsimus 1). Arstide vanus määrati täisaastates ja arvestati 01.10.2014 seisuga. Vanuse täpsustamiseks kasutati isikukoodi. Andmeanalüüsiks rühmitati vanus järgmiselt:

- a) kuni 34
- b) 35–44
- c) 45–54
- d) 55–64

**Sugu** (lisa 1, küsimus 2)

- a) mees;
- b) naine.

#### **Suitsetamise staatus**

- a) suitsetamine
- b) endine suitsetamine
- c) juhusuitsetamine
- d) mitesuitsetamine

Suitsetamise staatus selgitati küsimustiku kolme küsimuse (lisa 1, küsimused 9, 10, 12) põhjal, mis käsitlesid endist ja praegust suitsetamist. Neljaväärtuselist suitsetamise staatust kasutati suitsetamise levimuse kirjeldamiseks. Seoste analüüsimiseks tehti neljaväärtuselisest suitsetamisest kahevärtuseline tunnus:

- a) suitsetamine (igapäeva- ja juhusuitsetamine);
- b) mitesuitsetamine (endine ja mitte kunagi suitsetamine).

### **Nõustumine väitega, et suitsetamine on tervisele väga kahjulik**

- a) nõustumine
- b) mittenõustumine

Suitsetamise kahjulikkust hinnati kümnepunkti skaalal, kus „0=üldse mitte kahjulik“ ja „10=väga kahjulik“ (lisa 1, küsimus 29). Need, kes olid vastanud skaalal vahemikus 8–10 olid nõustunud väitega, et suitsetamine on tervisele väga kahjulik (vs. 0–7,5, mittenõustumine).

### **Praeguste teadmiste ja oskuste olemasolu juhiste andmiseks patsientidele, kes soovivad suitsetamisest loobuda**

- a) samal arvamusel („täiesti samal arvamusel“ ja „üsna samal arvamusel“)
- b) erineval arvamusel („üsna erineval arvamusel“ ja „täiesti erineval arvamusel“)

Tunnus muudeti kaheväärtuseliseks ja põhines hinnangu andmisel oma praegustele suitsetamise alastele teadmistele ja oskustele (lisa 1, küsimus 41). Küsimusele vastasid vaid arstid, kes olid eelnevalt märkinud, et nende töö võimaldab anda patsientidele tervise edendamise alast teavet (lisa 1, küsimus 38).

### **Suitsetamise ennetus osana tervishoiutöötajate põhikoolitusest**

- a) samal arvamusel („täiesti samal arvamusel“ ja „üsna samal arvamusel“)
- b) erineval arvamusel („üsna erineval arvamusel“ ja „täiesti erineval arvamusel“)

Tunnus muudeti kaheväärtuseliseks ja põhines väitel, et suitsetamise ennetus peaks olema osa tervishoiutöötajate põhikoolitusest (lisa 1, küsimus 45). Põhikoolituse all mõeldi põhiõpet, kohustuslike ainete raames saadavaid teadmisi ja oskusi.

### **Patsiendi suitsetamisharjumuse kohta küsimine**

- a) ei ole küsinud („ei kordagi“)
- b) on küsinud („mõnikord“, „umbes igalt teiselt patsiendilt“, „sageli“, „alati“)

Tunnus põhines küsimusel, kus uuriti patsiendi suitsetamisharjumuse kohta küsimise sagedust viimasel nädalal (lisa 1, küsimus 40). Küsimusele vastasid vaid arstid, kes olid eelnevalt märkinud, et nende töö võimaldab anda patsientidele tervise edendamise alast teavet (lisa 1, küsimus 38). Logistilise regressiooni analüüsist jäeti välja need, kes patsientidega kokku ei puutunud.

### **Arstil patsiendi suitsetamisele tähelepanu pööramist piiravad tegurid**

- a) probleem ei ole oluline
- b) ajapuudus
- c) ei ole harjunud suitsetamisest rääkima
- d) ei soovi häirida patsiendi privaatsust

- e) ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamisharjumusi
- f) see on kellegi teise tööülesanne
- g) muu põhjus

Iga teguriga oli võimalik nõustuda või mittenõustuda (lisa 1, küsimus 42). Igat tegurit analüüsiti eraldi.

#### **4.3. Andmeanalüüs**

Andmeid analüüsiti statistikaprogrammiga Stata 12.1. Analüüs tehti eraldi meeste ja naiste kohta. Tulemuste kirjeldamiseks kasutati sagedustabeleid, kus esitati uuringuküsimusele vastajate arv ja osakaal. Rühmadevahelise erinevuse testimiseks kasutati hii-ruut testi ja t-testi.

Suitsetamise seoseid suhtumiste ja hoiakutega hinnati logistilise regressioonanalüüsiga, kus suitsetamist kasutati kaheväärtuselise sõltuva tunnusena. Igale sõltumatule tunnusele arvutati vanusele kohandatud šansisuhted koos 95% usaldusvahemikuga. Vanusele kohandamine võimaldas eemaldada vanuse mõju šansisuhete arvutamisel.

Statistiliste testide ja logistilise regressioonanalüüsi tegemisel jäeti välja subjektid, kes olid vastavale hoiakuid ja suhtumisi kajastavale küsimusele jätnud vastamata või ei osanud/soovinud vastata.

## 5. TULEMUSED

### 5.1. Suitsetamise levimus

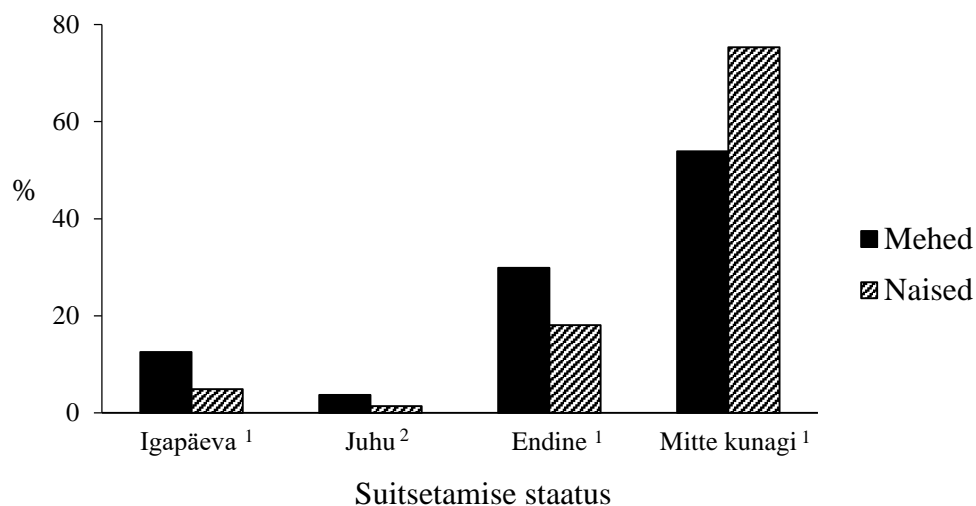
Alla 65aastastest vastanud arstidest olid 17,7% mehed ja 82,4% eestlased (tabel 1). Uuritavate keskmine vanus oli meestel 46,9 aastat (standardhälve 10,9) ja naistel 46,7 aastat (standardhälve 11,2), mis oli statistiliselt olulise erinevusega ( $p=0,782$ ). Ligi kaks kolmandikku arstidest (meestest 61,7% ja naistest 61,3%) olid 45aastased ja vanemad. Arstidest 37,8% elas Tallinnas ja 75,2% olid abielus või vabaabielus.

**Tabel 1.** Valimi demograafilised andmed (n, %)

<b>Tegurid</b>	<b>Mehed</b> <b>n</b>	<b>%</b>	<b>Naised</b> <b>n</b>	<b>%</b>	<b>Kokku</b> <b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vanuserühm</b>						
–34	72	17,7	395	20,5	467	20,0
35–44	84	20,6	352	18,3	436	18,7
45–54	127	31,1	604	31,4	731	31,3
55–64	125	30,6	575	29,9	700	30,0
<b>Rahvus</b>						
Eestlane	307	75,3	1616	83,9	1923	82,4
Venelane	70	17,2	244	12,7	314	13,5
Muu	30	7,4	64	3,3	94	4,0
Puuduv vastus	1	0,3	2	0,1	3	0,1
<b>Elukoht</b>						
Tallinn	169	41,4	714	37,1	883	37,8
Muu linn ja Tallinn	179	43,9	784	40,7	963	41,3
Asula/vald	52	12,8	412	21,4	464	19,9
Välisriik	7	1,7	12	0,6	19	0,8
Puuduv vastus	1	0,3	4	0,2	5	0,2
<b>Perekonnaseis</b>						
Abielus/vabaabielus	351	86,0	1405	73,0	1756	75,2
Vallaline	38	9,3	235	12,2	273	11,7
Lahutatud/lesk	18	4,4	278	14,4	296	12,7
Puuduv vastus	1	0,3	8	0,4	9	0,4
<b>Kokku</b>	<b>408</b>	<b>100</b>	<b>1 926</b>	<b>100</b>	<b>2334</b>	<b>100</b>

Meesarstid suitsetasid oluliselt rohkem kui naisarstid ( $p<0,001$ ) (joonis 2). Igapäevaselt suitsetas 12,5% meestest ja 4,9% naistest. Juhusuitsetajad olid 3,7% meestest ja 1,4% naistest ning endised suitsetajad 29,9% meestest ja 18,1% naistest. Pooled meesarstidest (53,9%) ja kolm neljandikku naisarstidest (75,3%) ei olnud kunagi suitsetanud.

Kõige rohkem oli suitsetajaid (igapäeva- ja juhusuitsetamine kokku) vanimas vanuserühmas, 55–64aastaste hulgas, kus suitsetas 20,0% mees- ja 8,9% naisarstidest (tabel 2).



**Joonis 2.** Suitsetamise staatuse võrdlus mees- ja naisarstide hulgas (%).

Nais- ja meesarstide vaheline erinevus <sup>1</sup>p<0,001; <sup>2</sup>p=0,002

**Tabel 2.** Suitsetamise levimus arstide hulgas vanuserühma järgi (% , 95% CI)

Suitsetamise staatus	Vanuserühm				
	–34	35–44	45–54	55–64	Kokku
	Mehed				
Suitsetamine	16,7 (8,9–27,3)	8,3 (3,4–16,4)	17,3 (11,2–25,0)	20,0 (13,4–28,1)	16,2 (12,7–20,1)
Igapäeva	13,9 (6,9–24,1)	4,8 (1,3–11,7)	14,2 (8,6–21,5)	15,2 (9,4–22,7)	12,5 (9,5–16,1)
Juhu	2,8 (0,3–9,7)	3,6 (0,7–10,1)	3,1 (0,9–7,9)	4,8 (1,8–10,2)	3,7 (2,1–6,0)
Mitte-suitsetamine	83,3 (72,7–91,1)	91,7 (83,6–96,6)	82,7 (75,0–88,8)	80,0 (71,9–86,6)	83,8 (79,9–87,3)
Endine	4,2 (0,9–11,7)	23,8 (15,2–34,3)	40,2 (31,6–49,2)	38,4 (29,8–47,5)	29,9 (25,5–34,6)
Mitte kunagi	79,2 (68,0–87,8)	67,9 (56,8–77,6)	42,5 (33,8–51,6)	41,6 (32,9–50,8)	53,9 (48,9–58,8)
Naised					
Suitsetamine	2,8 (1,4–4,9)	5,1 (3,1–8,0)	7,1 (5,2–9,5)	8,9 (6,7–11,5)	6,4 (5,4–7,6)
Igapäeva	1,8 (0,7–3,6)	3,4 (1,8–5,9)	5,1 (3,5–7,2)	8,0 (5,9–10,5)	4,9 (4,1–6,1)
Juhu	1,0 (0,3–2,5)	1,7 (0,6–3,7)	2,0 (1,0–3,4)	0,9 (0,3–2,0)	1,4 (0,9–2,0)
Mitte-suitsetamine	97,2 (95,1–98,6)	94,9 (92,0–96,9)	92,9 (90,5–94,8)	91,1 (88,5–93,3)	93,6 (92,4–94,7)
Endine	11,6 (8,7–15,2)	10,8 (7,8–14,5)	19,5 (16,4–22,9)	26,3 (22,7–30,1)	18,1 (16,6–20,1)
Mitte kunagi	85,6 (81,7–88,9)	84,1 (79,8–87,8)	73,3 (69,6–76,8)	64,9 (60,8–68,8)	75,3 (73,3–77,2)

Kõige vähem suitsetas meesarste vanuserühmas 35–44 (8,3%) ja naisarste noorimas vanuserühmas (2,8%). Naisarstide suitsetamine (sh igapäevasuitsetamine) sages vanuse kasvades. Noorimas kuni 34aastaste vanuserühmas oli igapäevasuitsetajaid mehi 13,9%, kuid naisi 1,8%.

## 5.2 Arstide hinnang suitsetamise kahjulikkusele

Väitega, et suitsetamine on tervisele väga kahjulik, nõustusid 79,2% meestest ja 88,0% naistest (tabel 3). Meeste ja naiste hinnang suitsetamise kahjulikkusele oli oluliselt erinev ( $p<0,001$ ).

**Tabel 3.** Arstide hinnang suitsetamise kahjulikkusele (n, %)

Suitsetamine on tervisele väga kahjulik <sup>1</sup>	Mehed		Naised	
	n	%	n	%
Nõustumine	323	79,2	1695	88,0
Mittenõustumine	82	20,1	224	11,6
Puuduv vastus	3	0,7	7	0,4
Kokku	408	100	1926	100

<sup>1</sup>Meeste ja naiste hinnangu erinevus suitsetamise kahjulikkusele  $p<0,001$

Mittesuitsetavatel meesarstidel oli võrreldes suitsetavate meesarstidega oluliselt suurem šanss pidada suitsetamist tervisele väga kahjulikuks (OR=3,98; 95% CI 2,24–7,04) (tabel 4). Võrreldes suitsetavate naisarstidega oli mittesuitsetavatel naisarstidel ligi viis korda korda suurem šanss pidada suitsetamist tervisele väga kahjulikuks (OR=4,82; 95% CI 3,22–7,21).

**Tabel 4.** Arstide nõustumine väitega (võrreldes mittenõustumisega), et suitsetamine on tervisele väga kahjulik suitsetamise staatuse järgi (n, %, OR, 95% CI)

Suitsetamise staatus	Mehed				Naised			
	Väga kahjulik		Vanusele kohandatud		Väga kahjulik		Vanusele kohandatud	
	n	%	OR (95% CI)		n	%	OR (95% CI)	
Suitsetamine	38	57,6	1		79	64,2	1	
Mittesuitsetamine	288	84,2	3,98 (2,24–7,04)		1 623	90,0	4,82 (3,22–7,21)	

## 5.3. Arstide hinnang oma teadmiste ja koolitusvajaduse seoses suitsetamisega

Mees- ja naisarstid hindasid erinevalt oma praegusi teadmisi ja oskusi juhiste andmiseks patsientidele, kes soovivad suitsetamisest loobuda ( $p=0,002$ ) (tabel 5). Ligi kaks kolmandikku meesarstidest arvasid, et nende praegused teadmised ja oskused on piisavad, olles väitega kas täiesti (12,1%) või üsna samal arvamusel (49,1%). Naisarstid olid väitega nõustumises



tagasihoidlikumad (9,9% täiesti ja 38,2% üsna samal arvamusel). Võrdlemisi paljud (10,9% mees- ja 16,0% naisarstidest) ei osanud selles küsimuses seisukohta võtta.

**Tabel 5.** Nõustumine väitega, et praegused teadmised ja oskused on piisavad juhiste andmiseks patsientidele, kes soovivad suitsetamisest loobuda (n, %)

Teadmised ja oskused on piisavad <sup>1</sup>	Mehed		Naised	
	n	%	n	%
Täiesti samal arvamusel	42	12,1	168	9,9
Üsna samal arvamusel	171	49,1	646	38,2
Üsna erineval arvamusel	66	19,0	439	26,0
Täiesti erineval arvamusel	16	4,6	100	5,9
Ei oska öelda	38	10,9	271	16,0
Ei soovi vastata	4	1,2	5	0,3
Puuduv vastus	11	3,2	61	3,6
Kokku	348	100	1690	100

<sup>1</sup>Meeste ja naiste hinnangu erinevus oma teadmiste ja oskustele p=0,002

Suur osa arstidest arvas, et suitsetamise ennetus peaks olema üks osa tervishoiutöötajate põhikoolitusest (tabel 6), kuid mehed ja naised nõustusid väitega erinevalt (p=0,009). Väitega olid täiesti samal arvamusel 34,6% ja üsna samal arvamusel 46,1% meesarstidest, naised nõustusid väitega mõnevõrra sagedamini (38,3% täiesti samal ja 44,7% üsna samal arvamusel). Üsna erineval arvamusel olid 10,3% mees- ja 6,9% naisartidest, täiesti erineval arvamusel vastavalt 2,0% ja 0,7%.

**Tabel 6.** Nõustumine väitega, et suitsetamise ennetus peaks olema osa tervishoiutöötajate põhikoolitusest (n, %)

Suitsetamise ennetus peaks olema osa põhikoolitusest <sup>1</sup>	Mehed		Naised	
	n	%	n	%
Täiesti samal arvamusel	141	34,6	738	38,3
Üsna samal arvamusel	188	46,1	861	44,7
Üsna erineval arvamusel	42	10,3	132	6,9
Täiesti erineval arvamusel	8	2,0	14	0,7
Ei oska öelda	21	5,2	149	7,7
Ei soovi vastata	2	0,5	4	0,2
Puuduv vastus	6	1,5	28	1,5
Kokku	408	100	1926	100

<sup>1</sup>Meeste ja naiste vaheline erinevus p=0,009

Statistiliselt olulist erinevust suitsetavate ja mitesuitsetavate arstide vahel oma teadmiste ja oskuste hindamisel juhiste andmiseks patsientidele, kes soovivad suitsetamisest loobuda, ei leitud (meestel OR=0,76, 95% CI 0,36–1,60 ja naistel OR=0,62; 95% CI 0,37–1,04) (tabel 7).

Suitsetamise staatus ei mõjutanud väitega nõustumist, et suitsetamise ennetus peaks olema osa tervishoiutöötajate põhikoolitusest (meestel OR=1,51 95% CI 0,69–3,19 ja naistel OR=1,41; 95% CI 0,75–2,64).

**Tabel 7.** Nõustumine (vs. mittenõustumine) erinevate väidetega seoses oma teadmiste ja oskuste ning suitsetamise ennetusega tervishoiutöötajate põhikoolituses suitsetamise staatuse järgi (n, %, OR, 95% CI)

Väited/ suitsetamise staatus	Mehed			Naised		
	Samal		Vanusele kohandatud OR (95% CI)	Samal		Vanusele kohandatud OR (95% CI)
	arvamusel	%		arvamusel	%	
	n			n		
<b>Minu teadmised ja oskused on piisavad</b>						
Suitsetamine	37	77,1	1	60	73,2	1
Mittesuitsetamine	176	71,3	0,76 (0,36–1,60)	754	59,3	0,62 (0,37–1,04)
<b>Suitsetamise ennetamine peaks olema osa tervishoiutöötajate põhikoolitusest</b>						
Suitsetamine	49	83,1	1	94	88,7	1
Mittesuitsetamine	280	87,5	1,51 (0,71–3,27)	1505	91,8	1,46 (0,78–2,73)

#### 5.4. Patsiendilt suitsetamisharjumuse kohta küsimine ja seda piiravad tegurid

Patsientidelt suitsetamisharjumuse kohta küsimise sageduses ei esinenud mees- ja naisarstide võrdluses olulisi erinevusi ( $p=0,207$ ) (tabel 8). Patsientidelt ei küsinud viimase nädala jooksul suitsetamise kohta 9,9% mees- ja 9,0% naisarstidest. Ligikaudu kolmandik mees- ja naisarstidest küsisid suitsetamisharjumuse kohta mõnikord (34,5% mees- ja 30,2% naisarstidest) või sageli (27,0% mees- ja 32,0% naisarstidest). Igalt teiselt patsiendilt küsisid seda 6,6% mees- ja 6,0% naisarstidest ning alati vastavalt 15,6% ja 12,2%. Meesarstidest 2,7% ja naisarstidest 7,1% ei puutunud eelneval nädalal patsientidega kokku.

**Tabel 8.** Patsiendi suitsetamisharjumuse kohta küsimise sagedus viimase nädala jooksul (n, %)

Suitsetamise kohta küsimine <sup>1</sup>	Mehed		Naised	
	n	%	n	%
Ei kordagi	33	9,9	149	9,0
Mõnikord	115	34,5	498	30,2
Igalt teiselt patsiendilt	22	6,6	99	6,0
Sageli	90	27,0	528	32,0
Alati	52	15,6	202	12,2
Ei puutunud	9	2,7	117	7,1
patsientidega kokku				
Ei oska öelda	3	0,9	9	0,6
Ei soovi vastata	-	-	1	0,1
Puuduv vastus	9	2,7	48	3,0
Kokku	333	100	1651	100

<sup>1</sup>Meeste ja naiste vaheline oluline erinevus puudus, p=0,207

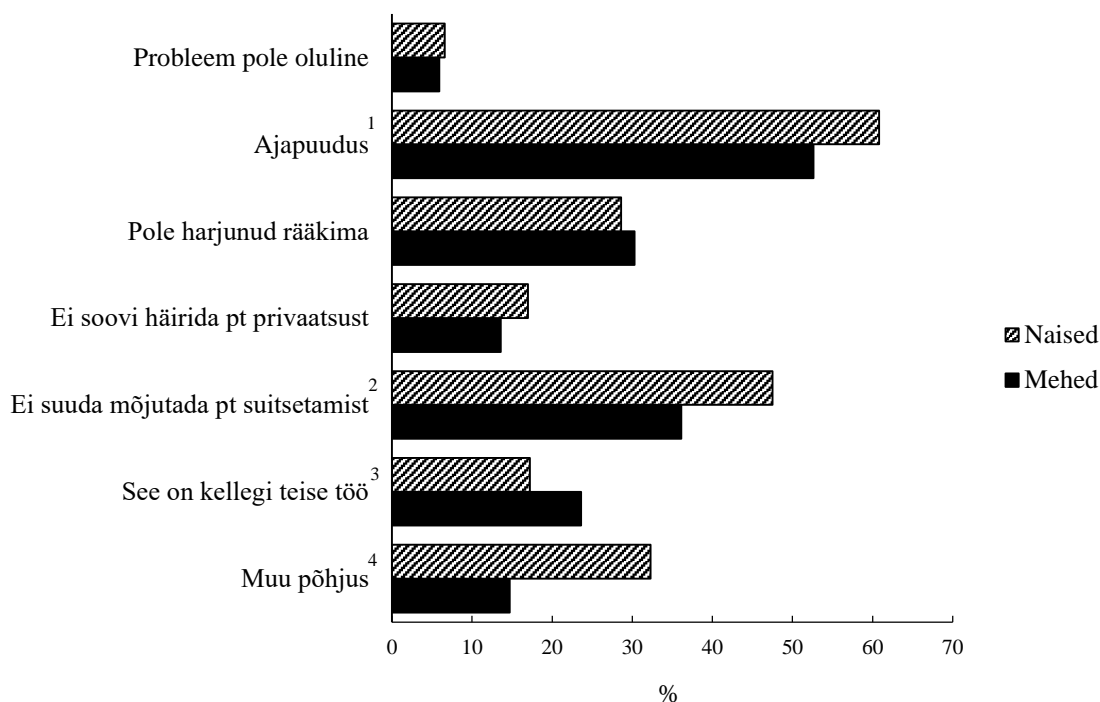
Võrreldes suitsetavate arstidega oli mitteduitsetavatel mees- ja naisarstidel oluliselt suurem šanss küsida patsiendi suitsetamisharjumuse kohta (vastavalt OR=2,57; 95% CI 1,13–5,87 ja OR=2,02; 95% CI 1,12–3,64) (tabel 9).

**Tabel 9.** Patsiendilt suitsetamisharjumuse kohta küsimine (vs. mitte kordagi küsimine) viimase nädala jooksul arsti suitsetamise staatuse järgi (n, %, OR, 95% CI)

Suitsetamise staatus	Mehed			Naised		
	Küsis n	Vanusele kohandatud %	OR (95% CI)	Küsis n	Vanusele kohandatud %	OR (95% CI)
Suitsetamine	43	81,3	1	76	83,5	1
Mitteduitsetamine	236	91,1	2,57 (1,13–5,87)	1251	90,3	2,02 (1,12–3,64)

Kõige olulisem tegur, mis piiras tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele oli ajapuudus. Sellele järgnesid väited, et „arst ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamist“ ja „ei ole harjunud suitsetamisest rääkima“ (joonis 3). Ajapuudust nimetasid piirava tegurina oluliselt rohkem nais- kui meesarste (60,8% vs. 52,6%, p=0,007). Samuti nõustusid naisarstid oluliselt sagedamini väitega, et „arst ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamist“ (47,5% naistest vs. 36,1% meestest, p=0,001). Suitsetamisest rääkimist pidasid kellegi teise tööks oluliselt rohkem meesarstid (23,6% meestest vs. 17,2% naistest, p=0,004). Muud põhjust („ei seostu erialaga“, „puuduvad teadmised“, „inimese isiklik asi“ jne) suitsetamisele tähelepanu pööramisel nimetasid oluliselt rohkem naisarstid (32,4% naistest vs. 14,7% meestest, p=0,012). Naiste ja meeste arvamus ei esinenud erinevust väidete „probleem ei ole oluline“, „ei ole harjunud rääkima“ ja „ei soovi häirida patsiendi privaatsust“ nimetamisel piiravateks teguriteks

tähelepanu pööramisel patsiendi suitsetamisele. Väitega, et probleem ei ole oluline, nõustusid 6,6% nais- ja 5,9% meesarstidest. Suitsetamisest ei olnud harjunud rääkima 28,6% nais- ja 30,3% meesarstidest. Patsiendi privaatsuse rikkumist suitsetamisele tähelepanu piirava tegurina nimetasid 17,0% naistest ja 13,6% meestest.



**Joonis 3.** Tegurid, mis piirasid arstil tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele (%).

Meeste ja naiste vaheline erinevus <sup>1</sup>p=0,007; <sup>2</sup>p=0,001; <sup>3</sup>p=0,012, <sup>4</sup>p=0,004

Võrreldes suitsetavate naisarstidega oli mitesuitsetavatel naisarstidel oluliselt väiksem šanss pidada suitsetamisele tähelepanu pööramist piiravateks teguriteks probleemi mitteolulisust (OR=0,36; 95% CI 0,19–0,70), selle arvamist kellegi teise tööülesandeks (OR=0,44; 95% CI 0,26–0,73) ja soovi mitte häirida patsiendi privaatsust (OR=0,55; 95% CI 0,33–0,93) (tabel 10). Sarnaselt naistega oli mitesuitsetavatel meesarstidel väiksem šanss pidada patsiendi privaatsuse mittehäirimise soovi teguriks, mis piirab tähelepanu pööramist suitsetamisele (OR=0,42; 95% CI 0,20–0,90). Suitsetamise staatusega ei olnud patsiendi suitsetamisele tähelepanu pööramisega oluliselt seotud tegurid „ajapuudus“, „ei ole harjunud suitsetamisest rääkima“, „ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamisharjumusi“ ja „muu põhjus“.

**Tabel 10.** Nõustumine (vs. mittenõustumine) erinevate teguritega, mis piiravad arsti tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele suitsetamise staatuse järgi (n, %, OR, 95% CI)

Tegurid/ suitsetamise staatus	Mehed			Naised		
	Jah n	%	Vanusele kohandatud OR (95% CI)	Jah n	%	Vanusele kohandatud OR (95% CI)
<b>Probleem ei ole oluline</b>						
Suitsetamine	4	8,7	1	13	15,9	1
Mittesuitsetamine	13	5,4	0,64 (0,20–2,08)	80	6,1	<b>0,36 (0,19–0,70)</b>
<b>Ajapuudus</b>						
Suitsetamine	29	55,8	1	53	58,3	1
Mittesuitsetamine	133	52,0	0,81 (0,45–1,50)	873	61,0	1,09 (0,71–1,68)
<b>Ei ole harjunud suitsetamisest rääkima</b>						
Suitsetamine	20	39,2	1	28	32,2	1
Mittesuitsetamine	71	28,5	0,58 (0,31–1,10)	383	28,4	0,75 (0,47–1,20)
<b>Ei soovi häirida patsiendi privaatsust</b>						
Suitsetamine	12	24,0	1	21	25,6	1
Mittesuitsetamine	28	11,5	<b>0,42 (0,20–0,90)</b>	223	16,5	<b>0,55 (0,33–0,93)</b>
<b>Ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamisharjumusi</b>						
Suitsetamine	20	39,2	1	44	53,0	1
Mittesuitsetamine	80	35,4	0,89 (0,47–1,68)	582	47,1	0,81 (0,51–1,26)
<b>See on kellegi teise tööülesanne</b>						
Suitsetamine	17	34,0	1	24	31,6	1
Mittesuitsetamine	48	21,2	0,54 (0,27–1,05)	201	16,3	<b>0,44 (0,26–0,73)</b>
<b>Muu põhjus</b>						
Suitsetamine	3	21,4	1	7	36,8	1
Mittesuitsetamine	7	12,9	0,54 (0,12–2,47)	93	32,0	0,90 (0,33–2,42)

## 6. ARUTELU

Käesolevas magistritöös uuriti arstide suitsetamise levimust ja suhtumist suitsetamisse Eesti arstide 2014. aasta suitsetamisuuringu andmete põhisel.

**Uuringu tugevused ja nõrkused.** Tegemist oli juba neljanda arstide suitsetamisuuringuga Eestis. Sarnane metoodika võimaldab uuringu tulemusi võrrelda eelmise, 2002. aasta arstide suitsetamise uuringuga ja Soome 2001. aasta uuringuga. Soome üheks rahvatervishoiu eesmärgiks on saavutada 2040. aastaks suitsuvaba riik, kus 15–64aastastest inimestest tarvitab tubakatooteid vähem kui 2% (46). Seetõttu on asjakohane võrrelda Eesti arstide tervisekäitumist ja suhtumist suitsetamisse riigiga, kus on ühed ambitsioonikamad suitsetamise vähendamise tegevuskavad maailmas.

Arstid on homogeenne sihtrühm ja see lihtsustas tulemuste tõlgendamist. Analüüsitavate ankeetide hulk oli suur ja andis seeläbi võimaluse soolisteks võrdlusteks. Olulisi erinevusi ei esinenud naiste ja meeste keskmises vanuses ja vanusele kohandatud andmeanalüüsiga eemaldati vanuse mõju šansisuhete arvutamisel. Kuna tegemist oli isetäidetava küsimustikuga, ei saa välistada raporteerimisnihet vastajate tegelikus suitsetamises. Suitsetamise staatuse ebaõige raporteerimine võis mõjutada ka arvutatud šansisuhete tõesust. Samas kombineeriti suitsetamise staatuse selgitamiseks küsimustiku kolm küsimust, mis võimaldas võimalikult täpselt määrata uuringus osalejate igapäeva-, juhu-, endise- ja mittesuitsetamise levimuse, tehes seda sarnaselt 2002. aasta arstide suitsetamise uuringule.

Tähelepanu ei saa jätta pööramata vastamismääradele, mis oli madalam kui eelnevates Eestis tehtud arstide suitsetamise uuringutes. Aastal 2014 oli kohandatud vastamismäär 53,1%, aastal 2002 aga 67,8%. Aastatel 1978 ja 1982 oli vastamismäär vastavalt 73% ja 80,7%. Selle põhjuseks võis olla arstide hääbuv huvi suitsetamise temaatika vastu. Kajastatud suitsetamise levimus võis osutada tegelikkusest madalamaks võttes arvesse uuringu madalat vastamismäära.

**Arstide suitsetamise levimus.** Uuring andis olulise ülevaate Eesti arstide suitsetamisest levimusest. Igapäevasuitsetamine oli võrreldes 2002. aastaga vähenenud meesarstide hulgas kolmandiku ja naisarstide hulgas neljandiku võrra. Suitsetamise vähenemine arstkonnas ja selle madalam levimus võrreldes üldrahvastikuga viitab ühiskonna küpsemisele Michael Kunze loodud tubakaepideemia mudeli järgi, kus aja möödudes järgneb arstide suitsetamise vähenemisele üldrahvastiku suitsetamise vähenemine, mis jääb arstide omast siiski kõrgemaks (2). Enamikus ühiskondades, sh Eestis loobusid arstid suitsetamisest enne kui üldrahvastik, seda eelkõige nende suurema teadlikkuse tõttu suitsetamisega kaasnevatest terviseriskidest (4). Meesarstide igapäevasuitsetamise levimus oli 2014. aastal kaks ja pool korda madalam kui Eesti täiskasvanud meeste üldrahvastikus (42), kuid ligi kaks korda kõrgem kui Soome

meesarstide hulgas 2002. aastal (12). Vanuserühmade võrdluses oli kuni 34aastaste meeste hulgas suitsetajaid poole rohkem võrreldes 35–44aastastega. See võib tuleneda asjaolust, et noorte tervis on üldiselt parem ja nad ei taju igapäevaelus suitsetamisest tervisele tekitatavat kahju. Vanuserühmade võrdluses selgus, et kuigi 35–44 aastaste meeste suitsetamise levimus oli suhteliselt madal, oli vanemates vanuserühmades suitsetajaid rohkem kui noorte hulgas. See võib tuleneda aja jooksul kujunenud harjumusest, sõltuvusest ning 2002. aasta uuringu põhjal närvilisusest ja stressist kui peamistest põhjustest suitsetamiseks.

Naisarstid suitsetasid kaks ja pool korda vähem kui meesarstid ning kolm korda vähem kui naised Eesti täiskasvanud üldrahvastikus. Eeskujulikult madal oli suitsetamise levimus kõige nooremas vanuserühmas, kasvades vanuse tõustes. Naisarstide igapäevasuitsetamise levimus Eestis 2014. aastal oli üsna sarnane Soome naisarstide igapäevasuitsetamisega 2001. aastal. Võrreldes Soomega oli Eestis aga nii mees- kui naisarstide hulgas oluliselt vähem juhusuitsetajaid (12).

Ühendkuningriikides (14), Ameerika Ühendriikides (16) ja Austraalias (17) on arstide suitsetamist pikaajaliselt ja põhjalikult uuritud ning suitsetamise vähendamisele suunatud sekkumistega on ajaliselt alustatud varem kui Eestis. Rahvatervishoiualane tegevus on olnud planeeritum koos juurdepääsuga vahenditele, mis on võimaldanud kujundada arstide hinnanguid ja tervisekäitumist. See võib selgitada Eesti arstide suitsetamise jätkuvalt kõrgemat levimust võrreldes eelnimetatud riikidega.

**Arstide hinnangud seoses suitsetamisega.** Suurem osa arste nõustusid väitega, et suitsetamine on tervisele väga kahjulik, naised enam kui mehed. Mittesuitsetavatel meesarstidel oli neli ja naisarstidel ligikaudu viis korda suurem šanss suitsetamist tervisele väga kahjulikuks pidada võrreldes suitsetavate arstidega. Seda sarnaselt Eesti üldrahvastikule, kus suitsetamist pidasid kahjulikumaks naised ja mittesuitsetajad (45). Ka 2002. aasta uuringus pidasid mittesuitsetavad Eesti arstid suitsetamist tervisele kahjulikumaks kui suitsetavad arstid, Soome arstid aga oluliselt enam kui Eesti suitsetavad arstid. Eestis oli 2014. aastal väitega nõustunud arstide osakaal madalam kui Soomes 2001. aastal, millest võib järeldada, et Eesti arstid suhtuvad suitsetamisesse jätkuvalt heatahtlikumalt kui Soome omad (12). On leitud, et suitsetamise kahjulikust mõjust enam teadlikud arstid soovivad ka patsientidel rohkem suitsetamisest loobuda (47), mistõttu on rahvatervishoiu seisukohalt oluline tõsta veelgi rohkem arstide teadlikkust suitsetamisega kaasnevatest terviseriskidest.

Kaks kolmandikku meesarstidest arvasid, et nende praegused teadmised ja oskused on piisavad juhiste andmiseks patsientidele, kes soovivad suitsetamisest loobuda. Naistest nõustusid väitega veidi alla poole vastanutest, mis oli oluliselt madalam meestest. Ka 2002. aastal hindasid Eesti meesarstid oma teadmisi ja oskusi kõrgemalt kui naisarstid. Samas Soome

arstid hindasid isegi 2001. aastal oma teadmisi ja oskusi kõrgemalt kui Eesti arstid 2014. aastal (12). Käesolevas uuringus ei erinenud mees- ja naisarstide hinnangud oma teadmistele ja oskustele suitsetamise staatuse järgi. Samasugused tulemused leiti arstide suitsetamisuuringus 12 aastat tagasi (12).

Arstid pidasid suitsetamise ennetust põhikoolituses vajalikuks, kusjuures naised nõustusid väitega oluliselt sagedamini. Võrreldes 2002. aastaga nõustuti väitega oluliselt rohkem. Näiteks nõustus väitega 2002. aastal kaks kolmandikku, 2014. aastal aga neli viiendikku suitsetavatest meesarstidest. Soomes aga nõustusid 2001. aastal eeltoodud väitega peaaegu kõik arstid (mõnevõrra harvemini suitsetavad meesarstid) (12). Kui käesolevas uuringus ei leitud arstide arvamusel suitsemise ennetusealase koolituse vajalikkuse kohta seost suitsetamise staatusega, siis 2002. aastal pidasid võrreldes suitsetavate arstidega mittersuitsetavad mees- ja naisarstid oluliselt rohkem taolist koolitust vajalikuks (12). See näitab, et aja jooksul on arstid hakanud rohkem mõtlema oma suitsetamisealaste teadmiste vajalikkusele ennetusvaldkonnas, seda olenemata nende endi suitsetamise staatusest.

Mahukama suitsetamisest loobumise väljaõppe saanud arstid on aktiivsemad panustama suitsetamise vähendamisesse elanikkonnas (8, 30), mistõttu on senisest rohkem tarvis tähelepanu pöörata tervishoiutöötajate suitsetamisest loobumise alaste praktiliste oskuste arendamisele põhiõppes. TÜ arstiteaduse õppekavas on 2015/2016. aastal sisseastunudel võimalik erinevates põhiainetes kuulata üksikuid loenguid ja seminare suitsetamise valdkonnast ning valikainete raames läbida kaks väikesemahulist suitsetamise teemalist ainet (35). Eestis korraldatakse suitsetamisest loobumise alaseid koolitusi, kuid siiani puudub tubakasõltuvuse ravijuhis (31).

Arstidel on võrreldes teiste tervisedendajatega eelis patsientidele süstemaatiliselt vahendada efektiivseid võimalusi suitsetamisest loobumiseks (48). Eestis tehti 2015. aastal üle seitsme miljoni ambulatoorse arsti vastuvõtu (40), kus patsiendid puutusid kokku neile väärtusliku ja usaldusväärse tervisealase informatsiooni andjaga. On leitud, et isegi lühike suitsetamisest loobumise alane soovitus arstivisiidil on kulutõhus meetod suitsetamise vähendamisel ja võrreldav teiste ennetava meditsiini sekkumistega (36).

**Arstide tähelepanu pööramine suitsetamisele.** Mees- ja naisarstide võrdluses ei esinenud olulisi erinevusi patsiendi suitsetamise kohta küsimises. Kümnendik mees- ja naisarstidest ei teinud seda kordagi samal ajal kui „alati“ küsijaid oli rohkem. Ligi kaks kolmandikku vastanutest küsisid patsiendi suitsetamise kohta „mõnikord“ või „sageli“. Arsti enda suitsetamise staatus mõjutas oluliselt patsiendi suitsetamise kohta küsimist. Võrreldes suitsetavate arstidega oli mittersuitsetavatel meesarstidel kaks ja pool korda ja naisarstidel kaks korda suurem šanss patsiendi suitsetamise kohta küsida. Ka 2002. aastal küsisid Eesti



mittesuitsetavad arstid patsiendi suitsetamisharjumuse kohta sagedamini kui suitsetavad arstid, mis on kooskõlas rahvusvaheliste arstide suitsetamise uuringute tulemustega (5, 7, 8). Samas oli 2014. aastal seda teinud arstide osakaal suurem võrreldes nii Eesti kui Soome suitsetavate ja mittesuitsetavate arstidega vastavalt 2002. ja 2001. aastal (12).

Kõige olulisem tegur, mis piiras tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele, oli ajapuudus, mida nimetasid kolm viiendikku meesarstidest ja pooled naisarstidest sarnaselt rahvusvahelistele uuringutele (7, 8, 11, 12). Naised uskusid sagedamini kui mehed, et nad ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamist samal ajal kui mehed pidasid suitsetamise kohta küsimist oluliselt rohkem kellegi teise tööülesandeks kui naised. Suitsetamise staatusega oli nii mees- kui ka naisarstide hulgas seotud suitsetamise kohta küsimist piirava tegurina soov mitte häirida patsiendi privaatsust. Võrreldes suitsetavate arstidega oli mittesuitsetavatel arstidel oluliselt väiksem šanss seda oluliseks pidada. Suitsetavad naisarstid pidasid suitsetamist kui probleemi vähem oluliseks ja arvasid sagedamini, et see on kellegi teise tööülesanne võrreldes mittesuitsetavate naisarstidega. Teistel teguritel olulist seost suitsetamise staatusega ei ilmnunud.

Aastal 2002 nimetasid Eesti arstid ajapuudust patsiendi suitsetamisele tähelepanu mittepööramise põhjusena võrreldes 2014. aastaga harvemini, harjumuse puudumist ja soovi mitte häirida patsiendi privaatsust nimetati aga oluliselt sagedamini. Sellest võib järeldada, et suitsetamisest rääkimine on arstide jaoks muutunud tavapärasemaks. Väitega, et arst ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamist, nõustus 2014. aastal sama palju mehi, kuid ligi kolm korda rohkem naisi kui 2002. aastal (12). Sarnaselt Eesti naisarstidega tajuvad arstid ka erinevates arenenud riikides, et nad ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamisharjumust pidades seda ebaefektiivseks meetodiks suitsetamise vähendamisel (7, 11). Samas on ka lihtsal ja lühikesel soovitusel suitsetamisest loobuda mõju patsiendi suitsetamisele ja tervisekäitumisele (5, 9), millest arstid ei pruugi teadlikud olla.

Ajapuudus ei ole probleem, mida saab lihtsalt lahendada arvestades tänast meditsiinisüsteemi korraldust ja ravijärjekordade pikkust Eestis. Käesoleva töö autor ei arva, et eri- või perearsti vastuvõtt peaks sisaldama põhjalikku suitsetamisest loobumise alast nõustamist. Arstil on aga võimalik muude käitumuslike juhiste kõrval anda soovitus suitsetamisest loobuda. Loobumisenõustamine võiks kuuluda ka õe või muu spetsialisti pädevusse, kelle poole patsient suunatakse. Seda enam, et pooltele Eesti inimestele oli suitsetamisest loobumise peamiseks ajendiks enda tervislikud põhjused (45) ning arvestades suitsetamise süsteemset mõju (1), aitab harjumusest loobumine vähendada inimeste tervisekaebusi ja tõsta oluliselt subjektiivset heaolu (49).

Samas pidasid Eesti inimesed arsti või muu tervisetöötaja soovitus harva oluliseks suitsetamisest loobumise põhjuseks ja tugiteenuste kasutajaid oli väga vähe (45). Tervishoiutöötajad peaksid olema informeeritud saadavalolevatest võimalustest suitsetamisest loobumisel julgustamaks patsiente neid kasutama. Kuna ligi kolm neljandikku eestlastest pidasid olemasolevaid tegevusi rahvastiku suitsetamisharjumuste muutmisel väheseks või vähetulemuslikuks (45), võiks kasutada muid kanaleid eestlaste suitsetamisharjumuste muutmiseks, näiteks tõenduspõhise eestikeelse suitsetamisest loobumise mobiilirakenduse arendamine.

Eesmärgiga vähendada suitsetamist Eesti elanikkonnas ja propageerida suitsuvaba töökeskkonda, on mitmed Eesti haiglad ühinenud ülemaailmse suitsuvabade haiglate võrgustikuga. Võib arvata, et terav tervise ja suitsetamise vastandamine arsti igapäevases töökohas võib kujundada nende tahet olla heaks eeskujuks oma patsientidele ja pöörata suitsetamisele ka rohkem tähelepanu. Samas võib tegemist olla loomuliku ühiskonna küpsemise protsessiga, mille käigus arstid hakkavad enam mõistma oma rolli rahvastiku tervisekäitumise mõjutamisel. Eesti ja Soome kui kahe erineva küpsusastmega riigi arstide suitsetamise uuringute tulemuste võrdlus 2002. aastal demonstreeris ilmekalt kahe riigi arstide erinevaid hoiakuid suitsetamise suhtes. Edasistes uuringutes oleks huvitav teada arstide arvamust e-sigarettide suhtes. Samuti võiks uuringu andmete põhjal selgitada tulemuste erisused esmatasandi-, eri- ja hambaarstide võrdluses, mis käesolevas töös jäi käsitlemata.

Eesti arstid on valmis panustama suitsetamise vähendamisesse ja peavad suitsetamise ennetust põhiõppes oluliseks. Samas selgus, et paljud arstid ei osanud oma teadmisi hinnata või hindasid neid ebapiisavaks andmaks juhiseid patsientidele suitsetamisest loobumiseks. Senisest rohkem on tarvis tähelepanu pöörata tervishoiutöötajate suitsetamisest loobumise alaste teadmiste ja praktiliste oskuste arendamisele põhiõppes ja täiendkoolitustel. Seda enam et tegemist on kulutõhusa meetodiga vähendamaks suitsetamist kui suurimat välditavat terviseriski Eesti rahvastikule.

## 7. JÄRELDUSED JA ETTEPANEKUD

1. Arstide suitsetamise levimus oli meesarstidel 16,2% ja naisarstidel 6,4%, kellest igapäevasuitsetajad olid vastavalt 12,5% ja 4,9%.
2. Enamik arste pidasid suitsetamist tervisele väga kahjulikuks ja suitsetamise ennetust põhikoolituses vajalikuks. Mittesuitsetavad arstid pidasid suitsetamist kahjulikumaks kui suitsetavad arstid. Oma teadmisi ja oskusi juhiste andmiseks patsientidele, kes soovivad suitsetamisest loobuda, pidasid piisavaks ligikaudu pooled arstidest, mehed sagedamini kui naised. Suitsetamise staatus ei mõjutanud oluliselt hinnangut oma suitsetamisealastele teadmistele ja oskustele ega nõustumist väitega, et suitsetamise ennetus peaks olema osa tervishoiutöötajate põhikoolitusest.
3. Mees- ja naisarstide võrdluses ei esinenud olulist erinevust suitsetamise kohta küsimise sageduses. Ligikaudu kümnendik arstidest ei teinud seda kordagi. Mittesuitsetavatel arstidel oli oluliselt suurem šanss patsiendi suitsetamise kohta küsida kui suitsetavatel arstidel. Kõige olulisem tegur, mis piiras tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele oli olenemata suitsetamise staatusest ajapuudus. Sellele järgnesid väited, et „arst ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamist“ ja „ei ole harjunud suitsetamisest rääkima“. Arsti suitsetamise staatusel oli seos osade teguritega, mis piirasid tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele. Naisarstidel olid nendeks teema ebaoluliseks pidamine ja selle arvamine kellegi teise tööülesandeks, mees- ja naisarstidel soov mitte häirida patsiendi privaatsust.

Käesoleval tööol põhinevad ettepanekud:

- Senisest rohkem on tarvis tähelepanu pöörata arstide suitsetamisest loobumise alaste teadmiste ja praktiliste oskuste arendamisele.
- Laiendada arstide võimalusi (inim- ja finantsressursid) ennetustegevuseks ja seeläbi suitsetamisest tingitud haiguskoormuse vähendamiseks.

## 8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. World Health Organization. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009
2. Davis RM. When doctors smoke. *Tob Control* 1993;2:187–188.
3. Josseran L, King G, Guilbert P, et al. Smoking by French general practitioners: behavior, attitudes and practice. *Eur J Public Health* 2005;15:33–8.
4. Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974–2004. *BMC Public Health* 2007;7:115.
5. Pärna K, Rahu K, Rahu M. Smoking habits and attitudes towards smoking among Estonian physicians. *Public Health* 2005;119:390–9.
6. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5: doi: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
7. Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: An international survey. *Patient Educ Couns* 2009;74:118–23.
8. Stead M, Angus K, Holme I, et al. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: A multi-country literature review. *Br J Gen Pract* 2009;59:682–90.
9. Tobacco use and dependence guideline panel. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville (MD): US Department of health and human services; 2008;5. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>).
10. Rigotti NA, Clair C. Managing tobacco use: the neglected cardiovascular disease risk factor. *Eur Heart J* 2013;34:3259–67.
11. Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: A systematic review. *Addiction* 2005;100:1423–31.
12. Pärna K, Rahu K, Barengo NC, et al. Comparison of knowledge, attitudes and behaviour regarding smoking among Estonian and Finnish physicians. *Soz Präventivmed* 2005;50:378–88.
13. Doll R, Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking habits: a preliminary report. 1954. *BMJ* 2004;328:1529–33.
14. Doll R. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519–0.
15. Doll R, Hill AB. Lung cancer and other causes of death in relation to smoking: a second report on the mortality of British doctors. *Br Med J* 1956;2:1071–81.
16. Smith DR. The historical decline of tobacco smoking among United States physicians: 1949–1984. *Tob Induc Dis* 2008;4:9.
17. Smith DR, Leggat P. The historical decline of tobacco smoking among Australian physicians: 1964–1997. *Tob Induc Dis* 2008;4:13.
18. Smith DR, Wada K. Declining Rates of Tobacco Use in the Japanese Medical Profession, 1965–2009. *J Epidemiol* 2013;23:4–11.
19. Jormanainen VJ, Myllykangas MT, Nissinen A. Decreasing the prevalence of smoking among Finnish physicians. *Eur J Public Health* 1997;7:318–20.
20. Barengo NC, Sandström PH, Jormanainen VJ, et al. Changes in smoking prevalence among

- Finnish physicians 1990–2001. *Eur J Public Health* 2004;14:201–3.
21. Abdullah AS, Stillman FA, Yang L, et al. Tobacco Use and Smoking Cessation Practices among Physicians in Developing Countries: A Literature Review (1987–2010). *Int J Environ Res Public Health* 2013;11:429–55.
  22. Baltaci D, Bahcebasi T, Aydin LY, et al. Evaluation of smoking habits among Turkish family physicians. *Toxicol Ind Health* 2012;30:3–11.
  23. Ravara SB, Castelo-Branco M, Aguiar P, et al. Are physicians aware of their role in tobacco control? A conference-based survey in Portugal. *BMC Public Health* 2014;14:979.
  24. Saeys F, Cammu H. GPs' attitudes on a healthy lifestyle : a survey of GPs in Flanders. 2014;64:664–9.
  25. Borgan SM, Jassim G, Marhoon ZA, et al. Prevalence of tobacco smoking among health-care physicians in Bahrain. *BMC Public Health* 2014;14:931.
  26. Movsisyan NK, Varduhi P, Arusyak H, et al. Smoking behavior, attitudes, and cessation counseling among healthcare professionals in Armenia. *BMC Public Health* 2012;12:1028.
  27. Väärt E, Vahtra M, Rahu M, et al. Eesti arstkonna suitsetamishõlmavuse ankeetküsitlus. *Nõukogude Eesti Tevishoid* 1979;58:279–81.
  28. Rahu M, Raudsepp J. Teine Eesti NSV arstkonna suitsetamislevimuse ankeetküsitlus 1982. aastal. *Nõukogude Eesti Tervishoid* 1986;65:258–61.
  29. Suurorg L, Härm T. Suitsetamislevimuse uuring Eesti tervist edendavate haiglate personali seas. Tallinn; 2009. ([http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/1825/1/Suurorgjt2009\\_1.pdf](http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/1825/1/Suurorgjt2009_1.pdf)).
  30. Twardella D, Brenner H. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. *Eur J Public Health* 2005;15:140–5.
  31. Kralikova E, Bonevski B, Stepankova L, et al. Postgraduate medical education on tobacco and smoking cessation in Europe. *Drug Alcohol Rev* 2009;28:474–83.
  32. The GTSS Atlas: Part Five: Global Health Professions Student Survey ([http://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/tobacco\\_atlas/pdfs/part5.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/tobacco_atlas/pdfs/part5.pdf))
  33. Warren CW, Sinha DN, Lee J, et al. Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling among medical students: cross-country data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005–2008. *BMC Public Health* 2011;11:72.
  34. La Torre G, Kirch W, Bes-Rastrollo M, et al. Tobacco use among medical students in Europe: results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey. *Public Health* 2012;126:159–64.
  35. Tartu Ülikool 2016. Õppekava "Arstiteadus (80418)" sisu 2015/2016 sisseastunutele. Tartu Ülikooli infosüsteemid. ([https://www.is.ut.ee/pls/ois/!tere.tulemast?leht=OK.BL.PU&systeemi\\_seaded=1%2C1%2C12%2C1&id\\_a\\_oppekava=4464](https://www.is.ut.ee/pls/ois/!tere.tulemast?leht=OK.BL.PU&systeemi_seaded=1%2C1%2C12%2C1&id_a_oppekava=4464)).
  36. Cummings SR. The Cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *J Am Med Assoc* 1989;261:75.
  37. Kruger J, Shaw L, Kahende J, et al. Health care providers' advice to quit smoking, National Health Interview Survey, 2000, 2005, and 2010. *Prev Chronic Dis* 2012;9:1–7.
  38. Duaso MJ, McDermott MS, Mujika A, et al. Do doctors' smoking habits influence their smoking cessation practices? A systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2014;109:1811–23.
  39. Toll BA, Rojewski AM, Duncan LR, et al. Quitting smoking will benefit your health: The

evolution of clinician messaging to encourage tobacco cessation. Clin Cancer Res 2014;20:301–9.

40. Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring. TKU50: Suitsetamine soo ja vanuserühma järgi 1990–2014.
41. Pürjer ML. Eesti täiskasvanud rahvastiku suitsetamine sotsiaalmajandusliku staatuse järgi 1990–2010 [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli tervishoiu instituut; 2013.
42. Tervise Arengu Instituut 2015. Eesti Terviseuuring 2006. Lõppenud uuringud. (<http://www.tai.ee/et/tegevused/teadustoo/loppenud-uuringud/eesti-terviseuuring-2006>).
43. Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Eesti Terviseuuring. ET114: Suitsetamine viimasel neljal nädalal soo, vanusrühma ja hariduse järgi 2006.
44. Pärna K, Rahu K. Sotsiaal-majanduslikud erinevused suitsetamises. Eesti Arst 2008;88:57–62.
45. Sotsiaalministeerium. Suitsetamine ning sellealased hoiakud 2014. ([https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Uuringu\\_ja\\_analuusid/Tervisevaldkond/144438083535\\_suitsetamine\\_ja\\_hoiakud.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Tervisevaldkond/144438083535_suitsetamine_ja_hoiakud.pdf))
46. WHO 2014. Finland – Action plan to make the country smoke-free by 2040. WHO Framework convention on tobacco control. ([http://www.who.int/fctc/implementation/news/news\\_Fin/en/](http://www.who.int/fctc/implementation/news/news_Fin/en/)).
47. Tang Y, Jiang M, Li D-R, et al. Association between awareness of harmful effects of smoking and smoking cessation advice provided by hospital chest physicians in Guangzhou, China: a multi-institutional cross-sectional survey. Respirology 2013;18:790–6.
48. Schnoll RA, Rukstalis M, Wileyto EP, et al. Smoking cessation treatment by primary care physicians: An update and call for training. Am J Prev Med. 2006;31:233–9.
49. Weinhold D, Chaloupka FJ. Smoking status and subjective well-being. Tob Control 2016;doi: 10.1136

## **Estonian physicians' smoking habits and attitudes towards smoking**

**Liis Lohur**

### **SUMMARY**

**Background:** Physicians play an important role in influencing patients' health behaviour. The personal smoking habits of physicians might have an effect on their views towards smoking cessation activities and their willingness to discuss smoking with patients.

**Objectives:** This study examined the smoking habits of Estonian physicians and dentists, their smoking related opinions and attitudes toward the smoking habits of their patients with regard to their own smoking status.

**Study design and methods:** A cross-sectional postal survey using a self-administered questionnaire was carried out among all practicing physicians and dentists in Estonia in 2014. This paper studied working physicians and dentists under 65 years of age (n=2 334).

**Results:** The current smoking prevalence was 16.2% for male and 6.4% for female physicians (12.5% and 4.9%, respectively, were daily smokers). 79.2% of men and 88.0% of women considered smoking to be very harmful with significant differences between men and women ( $p<0.001$ ). Non-smoking physicians were more likely to consider smoking to be very harmful than those who smoked (men OR=3.98; 95% CI 2.24–7.04; women OR=4.82; 95% CI 3.22–7.21). 61.2% of men and 48.1% of women agreed that their current knowledge and skills were sufficient to instruct their patients on giving up smoking, with significant differences between men and women ( $p=0.002$ ). The majority of physicians considered smoking prevention to be necessary in basic training, while women were more willing to agree with the statement ( $p=0.012$ ).

There were no significant differences between male and female physicians in enquiring about their patients' smoking status during the last week, although nearly one tenth of them did not so. Non-smoking physicians were more likely to ask about their patients' smoking habits than those who smoked (men OR=2.57; 95% CI 1.13–5.87; women OR=2.02; 95% CI 1.12–3.64). The main reasons not to enquire about a patient's smoking habits were lack of time, the belief that they cannot influence patients' smoking practices and lack of habit in their examination routine. Compared to smoking female physicians, non-smoking female physicians were less likely to consider the matter to be insignificant (OR=0.36; 95% CI 0.19–0.70), less likely to believe that it is someone else's job (OR=0.44; 95% CI 0.26–0.73), or did not wish to disturb patients' privacy (OR=0.55; 95% CI 0.33–0.93). Non-smoking male physicians were less likely

than their smoking male colleagues to consider the wish not to disturb patients' privacy as a reason for not paying attention to their smoking habits (OR=0.42; 95% CI 0.20–0.90).

**Conclusions:** This study found the smoking prevalence of Estonian physicians and dentists demonstrating the impact of personal smoking on their beliefs about smoking and discussing smoking with patients. The results provided a useful overview of Estonian physicians' willingness to contribute to smoking cessation in the country and reasons that limit their ability to do so. It is an important challenge for medical education in Estonia to provide health workers with the knowledge and practical skills that are necessary to help their patients quit smoking.



## TÄNUAVALDUS

Siiras tänu enesearenduse rajal teed näidanud õppejõududele:

- juhendaja Kersti Pärnale sujuva koostöö eest, kelle entusiastlik ja järjekindel toetus, asjalik tagasiside, loogiline lähenemine ning suur kogemustepagas olid asendamatuks abiks töö valmimisel.
- Ene Indermittele, Katrin Langile ja Inge Ringmetsale abi ja toetava suhtumise eest magistritöö koostamisel ja vormistamisel.
- Teistele instituudi õppejõududele, kelle mõjutused ja väljakutsed õppetöö jooksul aitasid kujundada kriitilist ja avatud mõtlemist ning kelle sõnaseadmist, õpetust ja pühendunud lähenemist oma tööle eeskujuks pean.

Täna oma vanemaid Tiina ja Jaanus Lohurit nende tingimusteta hoole ja julgustuse eest.

Eesti arstide suitsetamisuuringut (2014) rahastas personaalse uurimistoetusena (PUT299/GMVPT0299P) Haridus- ja Teadusministeerium.

# CURRICULUM VITAE

## I. Üldandmed

**Ees- ja perekonnanimi:** Liis Lohur

**Sünniaeg:** 04.04.1990

**Kodakondsus:** eestlane

**E-posti aadress:** [lohurliis@gmail.com](mailto:lohurliis@gmail.com)

### **Haridus:**

Tartu Ülikool, 2013, füsioteraapia bakalaureusekraad  
2013–2013 Erasmus välispraktika Hispaania, Madrid

Lähte Ühisgümnaasium, 2010, keskharidus  
2007–2008 vahetusõpilane Argentina, Mendoza

### **Keelteoskus:**

eesti, inglise, hispaania – kõrge tase  
saksa, vene – algtase

### **Töökogemus:**

füsioterapeut, AS Põhja-Eesti Taastusravikeskus, 2014–...  
andmesisestaja, Sihtasutus Innove, 2013–2013

## II. Teaduslik ja arendustegevus

**Peamised uurimisvaldkonnad:** tervisekäitumine, suitsetamine

**Publikatsioonid:** Lohur L, Pärna K. Arstide suitsetamine, sellealased hinnangud ja tähelepanu pööramine patsientide suitsetamisele. Eesti Arst 2016;95:285–293

**Teadustööd:** bakalaureusetöö „Riskirasedus ja kehaline aktiivsus“

## III. Huvialad

Ratta- ja elamussport, loovkirjutamine

## LISAD

**Lisa 1.** Töös kasutatud küsimused. Arstide suitsetamise uuring 2014. aasta küsimustik

**1. Sünniaeg**

päev		kuu		aasta	

**2. Sugu**

- 1 mees
- 2 naine

**9. Kas Te olete kunagi suitsetanud enamvähem pidevalt (regulaarselt vähemalt aasta jooksul)?**

- 1 jah, mitu aastat? .....
- 2 ei (jätkake küsimusega nr 28)

**10. Kas Te praegu suitsetate?**

- 1 jah
- 2 ei (jätkake küsimusega nr 28)

**12. Kas Te praegu suitsetate pidevalt (iga päev)?**

- 1 jah
- 2 ei (jätkake küsimusega nr 19)

**29. Märkige 10 palli skaalal, kui kahjulik on teie arvates suitsetamine tervisele.**

Üldse mitte kahjulik	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Väga kahjulik

**38. Kas Teie töö võimaldab anda patsientidele tervise edendamise alast teavet?**

- 1 jah
- 2 ei (jätkake küsimusega 43)

**40. Kui sageli Te olete küsinud viimase 7 päeva jooksul oma patsientidelt nende suitsetamis-harjumuse kohta?**

- 1 ei kordagi
- 2 mõnikord
- 3 umbes igalt teiselt patsiendilt
- 4 sageli
- 5 alati
- 6 viimasel 7 päeval ei puutunud patsientidega kokku
- 97 ei oska öelda
- 98 ei soovi vastata

**41. Minu praegused teadmised ja oskused on piisavad juhiste andmiseks patsientidele, kes soovivad suitsetamisest loobuda.**

- 1 täiesti samal arvamusel
- 2 üsna samal arvamusel
- 3 üsna erineval arvamusel
- 4 täiesti erineval arvamusel

97 *ei oska öelda*  
98 *ei soovi vastata*

**42. Kas järgnevad tegurid piiravad Teil patsiendi tähelepanu suitsetamisele pööramisel?  
(1=jah, 2=ei, 97=ei oska öelda, 98=ei soovi vastata)**

- |                                |   |   |    |    |
|--------------------------------|---|---|----|----|
| a) probleem pole oluline       | 1 | 2 | 97 | 98 |
| b) ajapuudus                   | 1 | 2 | 97 | 98 |
| pole harjunud                  |   |   |    |    |
| c) suitsetamisest              | 1 | 2 | 97 | 98 |
| rääkima                        |   |   |    |    |
| d) ei soovi häirida patsiendi  | 1 | 2 | 97 | 98 |
| privaatsust                    |   |   |    |    |
| e) ei suuda mõjutada patsiendi | 1 | 2 | 97 | 98 |
| suitsetamisharjumusi           |   |   |    |    |
| f) see on kellegi teise        | 1 | 2 | 97 | 98 |
| tööülesanne                    |   |   |    |    |
| g) muu põhjus                  | 1 | 2 | 97 | 98 |

.....

**45. Suitsetamise profülaktika peaks olema osa tervishoiutöötajate  
põhikoolitusest.**

- 1 täiesti samal arvamusel
- 2 üsna samal arvamusel
- 3 üsna erineval arvamusel
- 4 täiesti erineval arvamusel

97 *ei oska öelda*  
98 *ei soovi vastata*

## Arstide suitsetamine, sellealased hinnangud ja tähelepanu pööramine patsientide suitsetamisele

Liis Lohur<sup>1</sup>, Kersti Pärna<sup>1</sup>

**Taust ja eesmärk.** Arstidel on oluline roll patsientide tervisekäitumise kujundamisel. Selleks et teada arstide valmisolekut aidata kaasa patsientide suitsetamise vähendamisele, on vaja teada nende endi suitsetamisharjumusi ja suhtumist suitsetamisesse. Töö eesmärk oli uurida Eesti arstide suitsetamise levimust, nende sellealaseid hinnanguid ning tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele.

**Metoodika.** Läbilõikeline postiküsitlusuuring korraldati kõikide töötavate arstide hulgas 2014. aastal. Töösse kaasati alla 65aastased arstid (n = 2334).

**Tulemused ja järeldused.** Uuringu tulemustena leiti, et suitsetas 16,2% mees- ja 6,4% naisarstidest (igapäevaselt suitsetas vastavalt 12,5% ja 4,9%). Võrreldes naistega pidas oluliselt rohkem mehi oma suitsetamisest loobumise nõustamise teadmisi piisavaks, kuid oluliselt vähem mehi suitsetamise ennetuse õpet tervishoiutöötajate põhikoolituses vajalikuks.

Kümnendik mees- ja naisarstidest ei olnud viimase nädala jooksul küsinud patsiendi suitsetamise kohta. Võrreldes suitsetavate arstidega tegid mitesuitsetajad seda oluliselt rohkem. Peamine patsiendi suitsetamisele tähelepanu pööramist piirav tegur oli ajapuudus, millele järgnes arvamus, et arst ei suuda mõjutada patsiendi käitumist. Võrreldes suitsetavate arstidega oli mitesuitsetavate mees- ja naisarstide arvates oluliselt harvemini patsiendi suitsetamisele tähelepanu pööramist piiravaks teguriks patsiendi privaatsuse häirimine. Mitesuitsetavatel naisarstidel oli väiksem šanss pidada suitsetamisele tähelepanu pööramist takistavaks teguriks probleemi mitteolulisust ja selle arvamist kellegi teise tööülesandeks.

Uuringu tulemustest järeldub, et senisest rohkem on tarvis tähelepanu pöörata arstide suitsetamisest loobumise nõustamise praktiliste oskuste arendamisele.

Tubaka tarvitamine on üks peamisi ennetatavaid haigestumuse ja suremusega seotud tervise riskitegureid maailmas (1). Arstidel on oluline roll oma patsientide ja ühiskonna tervisekäitumise mõjutamisel ning heaolu tagamisel (2, 3). Ka lihtsal ja lühikesel soovitusel suitsetamisest loobuda on mõju patsiendi suitsetamisele (4, 5). Hoolimata käepärastest abivahenditest, pööratakse suitsetamisele sageli vähem tähelepanu kui teistele tervise riskiteguritele (6) ning vaatamata arstide suitsetamise vähenemisele arenenud riikides viimastel aastakümnetel (7) on nende hulgas endiselt suitsetajaid.

Arsti ülesanne võiks olla soovitada patsiendile loobuda suitsetamisest, pakkudes vajaduse korral võimalust saada nõustamisteenust (6). Paraku võib arstidel suitsetamise

kohta küsimise ja loobumisenõustamise suhtes esineda negatiivseid uskumusi ja suhtumisi, näiteks liigne ajakulu või tajutud ebaefektiivsus suitsetamise vähendamisel (8). Samuti vähendab arstide endi suitsetamine nende valmisolekut suitsetamisest rääkida (4, 9, 10).

Selleks et teada arstide valmisolekut aidata kaasa patsientide suitsetamise vähendamisele, on vaja teada nende endi suitsetamist ja suhtumist suitsetamisesse. Eestis on arstide suitsetamisharjumusi varem uuritud kolmel korral. Aastal 1978 suitsetas 42% mees- ja 20% naisarstidest (11), 1982. aastal vastavalt 41,5% ja 15,2% (12) ning 2002. aastal vastavalt 24,9% ja 10,8%. Töötavate alla 65aastaste arstide hulgas oli 2002. aastal igapäevasuitsetamise levimus meestel 18,6%

Eesti Arst 2016;  
95(5):285–293

Saabunud toimetusse:  
20.04.2016  
Avaldamiseks vastu võetud:  
26.04.2016  
Avaldatud internetis:  
27.05.2016

<sup>1</sup> Tartu Ülikooli  
peremeditsiini ja  
ravitervishoiu instituut

Kirjavahetajaautor:  
Liis Lohur  
lohurlis@gmail.com

**Võttesõnad:**  
arstid, suitsetamine,  
hinnangud, tähelepanu  
pööramine patsiendi  
suitsetamisele

ja naistel 6,6% ning juhusuitletamise levimus vastavalt 7,7% ja 4,4% (13). Soomes oli 2001. aastal alla 65aastastest igapäevasuitletajaid mehi 6,7% ja naisi 3,6%, juhusuitletajaid vastavalt 14,9% ja 5,3% (13). Võrdluseks suitletas 2002. aastal Eesti üldrahvastikus 50,5% meestest ja 22,6% naistest (14), kuid 2014. aastal vastavalt 31,4% ja 15,8% (15).

Uuringu eesmärk oli kirjeldada Eesti arstide suitletamise levimust ning anda ülevaade arstide hinnangutest seoses suitletamisega ja tähelepanu pööramisest patsientide suitletamisele.

## METOODIKA

### Valim

Uuringusse kaasati Eesti tervishoiutöötajate registris registreeritud ning Eestis alaliselt töötavad arstid ja hambaarstid, kellel oli rahvastikuregistris kättesaadav täpne kodune aadress. Esialgselt valimist ( $n = 5808$ ) jäeti välja need ( $n = 142$ ), kellel puudus seal täpne aadress või kes elasid välismaal. Uuringumaterjalid saadeti kokku 5666 arstile. Töösse kaasati alla 65aastased arstid, keda oli 2339..

### Uuringu korraldus

Tegemist oli 2014. aastal korraldatud läbilõikelise postiküsitlusuuringuga, kus esimest korda uuriti ka suitletamisega seotud geneetilisi tegureid. Uuringu läbi viimiseks saadi luba Tartu Ülikooli inim-uuringute eetika komiteelt (protokolli number 235/T-12) ja luba isikuandmete töötlemiseks saadi Andmekaitse Inspeksioonist (otsuse number 2.2.-3/14/367r). Rahvastikuregistrilärgsele elukoha aadressile saadeti uuringu eesmärki, meetodikat ja andmekaitset tutvustav kaaskiri (mida kasutati informeeritud nõusoleku saamiseks), küsimustik, kaks DNA-proovi katsutit, DNA-proovi võtmise juhend ning tasutud postikuluga ümbrik, millel oli peal tagasisaatmise aadress. Vastuste anonüümsus uuringumaterjalidel tagati kodeeritud kleebisetiketi abil.

Mittevastanutele väljastati kuu möödudes meeldetuletuskiri. Kahe kuu möödudes saadeti mittevastanutele esimese postitusega identne uuringumaterjalidega ümbrik. Juhul kui uuringumaterjalid tagastas postiteenuse osutaja seoses aadressi mitteleidmise, postkasti puudumise, tähtaja möödumise või postkasti

ebasobiva suurusega, saadeti uuringukomplekt arsti töökoha aadressil.

### Küsimustik

Küsimustikus oli 46 küsimust, mis sarnanesid 2002. aasta arstide suitletamise uuringuga. Küsimustikuga koguti järgnevat teavet: arstide sotsiaaldemograafilised andmed, varasem ja praegune suitletamine, suitletamisest loobumine, suhtumine suitletamisesse ja nende tervise edendamise alane praktika. Artiklis on keskendutud küsimustiku sellele osale, mis käsitles arstide suitletamise levimust ja sellealaseid hinnanguid ning patsientide suitletamisele tähelepanu pööramist.

### Vastamismäär

Kokku tagastati 2947 ankeeti, millest 8 oli täitnud valimisse mittekuulunud isik või mis tagastati topelt. Analüüsiks sobilikuks osutus 2939 ankeeti (kõik vanuserühmad kokku). Uuringu kohandamata vastamismäär oli 52,0% ja kohandatud vastamismäär (maha on arvatud 129 uuritavat, kelleni materjalid ei jõudnud) oli 53,1%.

### Andmeanalüüs

Andmeid analüüsiti statistikaprogrammiga Stata 12.1. Analüüs viidi eraldi läbi meeste ja naiste hulgas. Arvutati suitletamise levimusemäär koos 95% usaldusvahemikuga (uv). Rühmadevaheliste erinevuste selgitamiseks kasutati hii-ruut-testi. Suitletamise seoseid suhtumiste ja hoiakutega hinnati logistilise regressioonanalüüsiga, kus suitletamist kasutati kaheväärtuselise sõltuva tunnuseks: suitletamine (igapäeva- ja juhusuitletamine) ning mittersuitletamine (endine ja mittersuitletamine). Igale sõltumatule tunnusele arvutati vanusele kohandatud šansisuhted (OR, *odds ratio*) koos 95% usaldusvahemikuga. Hinnangu andmisel oma teadmiste ja oskuste ning suitletamise ennetuse tähtsusele tervishoiutöötajate põhiõppes võis väitega, et oskused on piisavad, nõustuda või mitte nõustuda („täiesti nõus“ või „üsna nõus“). Tunnus muudeti binaarseks (nõustumine vs. mittenõustumine). Patsientidelt viimase 7 päeva jooksul suitletamise kohta küsimise sageduse analüüsist jäeti välja need, kes patsientidega sel ajal kokku ei puutunud, ning tunnus muudeti binaarseks (mitte kordagi vs. mõnikord, umbes igalt teiselt patsiendilt, sageli, alati). Suitletamisele



tähelepanu pööramist piiravad tegurid olid algselt binaarsed (piiravad/mittepiiravad).

Uuringusse kaasati alla 65-aastased arstid, keda oli 2339. Neist viiel polnud võimalik suitsetamisstaatus määrata ja nad jäeti analüüsist välja. Lõplik analüüsitud küsimustike arv oli 2334 (mehi 408 ja naisi 1926). Lisaks jäeti logistilisest regressiooanalüüsist välja küsimustikud, kus ei olnud vastatud hoiakuid ja suhtumisi kajastavatele küsimustele.

## TULEMUSED

Alla 65aastastest arstidest olid 17,7% mehed ja 82,4% eestlased. Uuritavate keskmine vanus oli meestel 46,9 aastat (standardhälve 10,9) ja naistel 46,7 aastat (standardhälve 11,2), mis oli statistiliselt olulise erinevusega ( $p = 0,782$ ). Ligi kaks kolmandikku arstidest olid 45aastased ja vanemad. Arstidest elas 37,8% Tallinnas ja 75,2% oli abielus või vabaabielus.

### Suitsetamise levimus

Meesarstid suitsetasid oluliselt rohkem kui naisarstid ( $p < 0,001$ ) (vt joonis 1). Igapäevaselt suitsetas 12,5% meestest ja 4,9% naistest. Juhusuitsetajad olid 3,7% meestest ja 1,4% naistest ning endised suitsetajad vastavalt 29,9% ja 18,1%. Pooled meesarstidest (53,9%) ja kolm neljandikku naisarstidest (75,3%) polnud kunagi suitsetanud.

Kõige rohkem oli suitsetajaid (igapäeva- ja juhusuitsetamine kokku) vanimas vanuserühmas, 55–64aastaste hulgas, kus suitsetas 20,0% mees- ja 8,9% naisarstidest (vt tabel 1). Kõige vähem suitsetas meesarste vanuserühmas 35–44 aastat (8,3%) ja naisarste noorimas vanuserühmas (2,8%). Naisarstide suitsetamine (sh igapäevasuitsetamine) sages vanuse kasvades. Noorimas kuni 34aastaste vanuserühmas oli igapäevasuitsetajaid mehi 13,9%, kuid naisi 1,8%.

### Arstide hinnang oma teadmiste ja suitsetamise ennetuse vajadusele tervishoiutöötajate põhiõppes

Mees- ja naisarstid hindasid erinevalt oma praegusi teadmisi ja oskusi juhiste andmiseks patsientidele, kes soovivad suitsetamisest loobuda ( $p = 0,002$ ). Ligi kaks kolmandikku meesarstidest arvasid, et nende praegused teadmised ja oskused on piisavad, olles väitega kas täiesti (12,1%) või üsna samal arvamusel (49,1%). Naisarstid olid väitega nõustumises tagasihoidlikumad

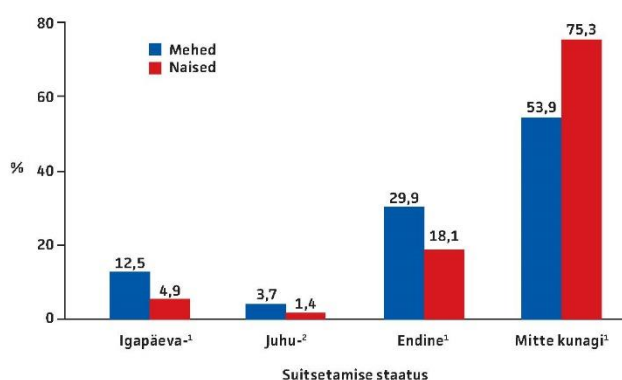
(9,9% täiesti ja 38,2% üsna samal arvamusel). Võrdlemisi paljud (10,9% mees- ja 16,0% naisarstidest) ei osanud selles küsimuses seisukohta võtta.

Statistiliselt olulist erinevust suitsetavate ja mitesuitsetavate arstide vahel oma teadmiste ja oskuste hindamisel juhiste andmiseks patsientidele, kes soovivad suitsetamisest loobuda, ei leitud (meestel OR = 0,76; 95% uv 0,36–1,60 ja naistel OR = 0,62; 95% uv 0,37–1,04) (vt tabel 2).

Suur osa arstidest arvas, et suitsetamise ennetus peaks olema üks osa tervishoiutöötajate põhikoolitusest, kuid mehed ja naised nõustusid väitega erinevalt ( $p = 0,012$ ). Väitega oli täiesti samal arvamusel 34,6% ja üsna samal arvamusel 46,1% meesarstidest. Naised nõustusid väitega mõnevõrra sagedamini (38,3% täiesti samal ja 44,7% üsna samal arvamusel). Suitsetamise staatus ei mõjutanud oluliselt väitega nõustumist (meestel OR = 1,51; 95% uv 0,69–3,19 ja naistel OR = 1,41; 95% uv 0,75–2,64).

### Patsientidelt suitsetamise kohta küsimine ja seda piiravad tegurid

Patsientidelt suitsetamisharjumuse kohta küsimises ei esinenud mees- ja naisarstide võrdluses olulisi erinevusi ( $p = 0,207$ ). Patsientidelt ei küsinud viimase nädala jooksul suitsetamise kohta 9,9% mees- ja 9,0% naisarstidest. Ligikaudu kolmandik arstidest küsis suitsetamisharjumuse kohta mõnikord (34,5% mees- ja 30,2% naisarstidest) või sageli (27,0% mees- ja 32,0% naisarstidest). Igalt teiselt patsiendilt küsis



Meeste ja naiste vaheline erinevus: <sup>1</sup>  $p < 0,001$ ; <sup>2</sup>  $p = 0,002$

Joonis 1. Suitsetamise staatuse võrdlus mees- ja naisarstide hulgas (%).

## UURIMUS

seda 6,6% mees- ja 6,0% naisarstidest ning alati vastavalt 15,6% ja 12,2%.

Mittesuitsetavatel mees- ja naisarstidel oli võrreldes suitsetavatega oluliselt suurem šanss küsida patsiendi suitsetamisharjumuse kohta (vastavalt OR = 2,57; 95% uv 1,13–5,87 ja OR = 2,02; 95% uv 1,12–3,64) (vt tabel 3).

Kõige olulisem tegur, mis piiras tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele, oli ajapuudus. Sellele järgnesid väited, et „arst ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamist“ ja „pole harjunud suitsetamisest rääkima“ (vt joonis 2). Ajapuudust nimetasid piirava tegurina oluliselt rohkem nais- kui meesarstid

**Tabel 1.** Suitsetamise levimus arstide hulgas vanuserühma järgi (n, %, 95% usaldusvahemik)

Suitsetamise staatus	Vanuserühm				
	-34	35-44	45-54	55-64	Kokku
	n = 72	n = 84	n = 127	n = 125	n = 408
<b>Suitsetamine</b>	16,7 (8,9–27,3)	8,3 (3,4–16,4)	17,3 (11,2–25,0)	20,0 (13,4–28,1)	16,2 (12,7–20,1)
Igapäeva-	13,9 (6,9–24,1)	4,8 (1,3–11,7)	14,2 (8,6–21,5)	15,2 (9,4–22,7)	12,5 (9,5–16,1)
Juhu-	2,8 (0,3–9,7)	3,6 (0,7–10,1)	3,1 (0,9–7,9)	4,8 (1,8–10,2)	3,7 (2,1–6,0)
<b>Mittesuitsetamine</b>	83,3 (72,7–91,1)	91,7 (83,6–96,6)	82,7 (75,0–88,8)	80,0 (71,9–86,6)	83,8 (79,9–87,3)
Endine	4,2 (0,9–11,7)	23,8 (15,2–34,3)	40,2 (31,6–49,2)	38,4 (29,8–47,5)	29,9 (25,5–34,6)
Mitte kunagi	79,2 (68,0–87,8)	67,9 (56,8–77,6)	42,5 (33,8–51,6)	41,6 (32,9–50,8)	53,9 (48,9–58,8)
	Naised				
	n = 395	n = 352	n = 604	n = 575	n = 1926
	n	n	n	n	n
<b>Suitsetamine</b>	2,8 (1,4–4,9)	5,1 (3,1–8,0)	7,1 (5,2–9,5)	8,9 (6,7–11,5)	6,4 (5,4–7,6)
Igapäeva-	1,8 (0,7–3,6)	3,4 (1,8–5,9)	5,1 (3,5–7,2)	8,0 (5,9–10,5)	4,9 (4,1–6,1)
Juhu-	1,0 (0,3–2,5)	1,7 (0,6–3,7)	2,0 (1,0–3,4)	0,9 (0,3–2,0)	1,4 (0,9–2,0)
<b>Mittesuitsetamine</b>	97,2 (95,1–98,6)	94,9 (92,0–96,9)	92,9 (90,5–94,8)	91,1 (88,5–93,3)	93,6 (92,4–94,7)
Endine	11,6 (8,7–15,2)	10,8 (7,8–14,5)	19,5 (16,4–22,9)	26,3 (22,7–30,1)	18,1 (16,6–20,1)
Mitte kunagi	85,6 (81,7–88,9)	84,1 (79,8–87,8)	73,3 (69,6–76,8)	64,9 (60,8–68,8)	75,3 (73,3–77,2)

**Tabel 2.** Nõustumine (vs. mittenõustumine) väidetega teadmiste ja oskuste piisavusest suitsetamise ennetamises ning suitsetamise ennetuse vajalikkusest põhikoolituses arstide suitsetamise järgi (n, %, OR, 95% usaldusvahemik)

Väited / suitsetamise staatus	Mehed			Naised		
	Samal arvamusel		Vanusele kohandatud OR (95% uv)	Samal arvamusel		Vanusele kohandatud OR (95% uv)
	n	%		n	%	
Minu teadmised ja oskused on piisavad						
Suitsetamine	37	77,1	1	60	73,2	1
Mittesuitsetamine	176	71,3	0,76 (0,36–1,60)	754	59,3	0,62 (0,37–1,04)
Suitsetamise ennetamine peaks olema osa põhikoolitusest						
Suitsetamine	49	83,1	1	94	88,7	1
Mittesuitsetamine	280	87,5	1,51 (0,71–3,27)	1505	91,8	1,46 (0,78–2,73)

OR – šansisuhe, uv – usaldusvahemik

**Tabel 3.** Patsiendilt suitsetamisharjumuse kohta küsimine (vs. mitte kordagi küsimine) viimase nädala jooksul arstide suitsetamise staatuse järgi (n, %, OR, 95% uv)

Suitsetamise staatus	Mehed			Naised		
	Küsis		Vanusele kohandatud OR (95% uv)	Küsis		Vanusele kohandatud OR (95% uv)
	n	%		n	%	
Suitsetamine	43	81,3	1	76	83,5	1
Mittesuitsetamine	236	91,1	2,57 (1,13–5,87)	1251	90,3	2,02 (1,12–3,64)

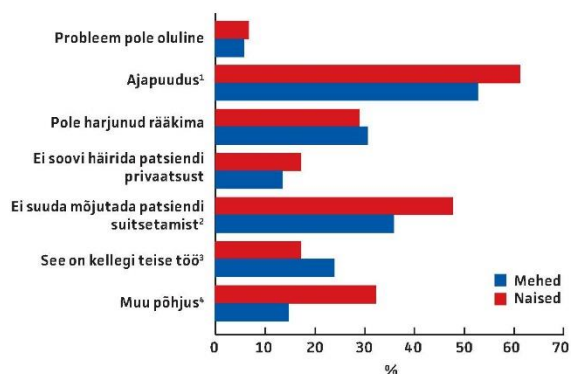
OR – šansisuhe, uv – usaldusvahemik



(60,8% vs. 52,6%;  $p = 0,007$ ). Samuti nõustusi naisarstid oluliselt sagedamini väitega, et „arst ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamist“ (47,5% vs. 36,1%;  $p = 0,001$ ). Suitsetamisest rääkimist pidasid kellegi teise tööks oluliselt rohkem meesarstid (23,6% vs. 17,2%;  $p = 0,004$ ). Muud põhjust („ei seostu erialaga“, „puuduvad teadmised“, „inimese isiklik asi“ jm) suitsetamisele tähelepanu pööramisel nimetasid oluliselt rohkem naisarstid (32,4% vs. 14,7%;  $p = 0,012$ ). Naiste ja meeste arvamus ei erinenud väidete „probleem pole oluline“, „pole harjunud rääkima“ ja „ei soovi häirida patsiendi privaatsust“ nimetamine piirava tegurina tähelepanu pööramisel patsiendi suitsetamisele.

Võrreldes suitsetavate naisarstidega oli mitesuitsetavatel naisarstidel oluliselt väiksem šanss pidada suitsetamisele tähelepanu pööramist piiravateks teguriteks probleemi mitteolulisust ( $OR = 0,36$ ; 95% uv 0,19–0,70), selle arvamist kellegi teise tööülesandeks ( $OR = 0,44$ ; 95% uv 0,26–0,73)

ja soovi mitte häirida patsiendi privaatsust ( $OR = 0,55$ ; 95% uv 0,33–0,93) (vt tabel 4). Sarnaselt naistega oli mitesuitsetavatel meesarstidel väiksem šanss pidada patsiendi



Meeste ja naiste vaheline erinevus: <sup>1</sup>  $p = 0,007$ ; <sup>2</sup>  $p = 0,001$ ; <sup>3</sup>  $p = 0,012$ ; <sup>4</sup>  $p = 0,004$

Joonis 2. Tegurid, mis piirasid arstil tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele (%) arstide suitsetamise 2014. aasta uuringu põhjal.

Tabel 4. Nõustumine (vs. mittedõustumine) erinevate teguritega, mis piirasid tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele arstide suitsetamise staatuse järgi

Tegurid/suitsetamise staatus	Mehed			Naised		
	Nõustumine		Vanusele kohandatud OR (95% uv)	Nõustumine		Vanusele kohandatud OR (95% uv)
	n	%		n	%	
Probleem pole oluline						
Suitsetamine	4	8,7	1	13	15,9	1
Mittesuitsetamine	13	5,4	0,64 (0,20–2,08)	80	6,1	0,36 (0,19–0,70)
Ajapuudus						
Suitsetamine	29	55,8	1	53	58,3	1
Mittesuitsetamine	133	52,0	0,81 (0,45–1,50)	873	61,0	1,09 (0,71–1,68)
Pole harjunud suitsetamisest rääkima						
Suitsetamine	20	39,2	1	28	32,2	1
Mittesuitsetamine	71	28,5	0,58 (0,31–1,10)	383	28,4	0,75 (0,47–1,20)
Ei soovi häirida patsiendi privaatsust						
Suitsetamine	12	24,0	1	21	25,6	1
Mittesuitsetamine	28	11,5	0,42 (0,20–0,90)	223	16,5	0,55 (0,33–0,93)
Ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamisharjumusi						
Suitsetamine	20	39,2	1	44	53,0	1
Mittesuitsetamine	80	35,4	0,89 (0,47–1,68)	582	47,1	0,81 (0,51–1,26)
See on kellegi teise tööülesanne						
Suitsetamine	17	34,0	1	24	31,6	1
Mittesuitsetamine	48	21,2	0,54 (0,27–1,05)	201	16,3	0,44 (0,26–0,73)
Muu põhjus						
Suitsetamine	3	21,4	1	7	36,8	1
Mittesuitsetamine	7	12,9	0,54 (0,12–2,47)	93	32,0	0,90 (0,33–2,42)

OR – šansisuhe, uv – usaldusvahemik

privaatsuse mittehäärimise soovi teguriks, mis piirab tähelepanu pööramist suitsetamisele (OR = 0,42; 95% uv 0,20–0,90). Arsti suitsetamise staatusega ei olnud patsiendi suitsetamisele tähelepanu pööramisega oluliselt seotud tegurid „ajapuudus“, „pole harjunud suitsetamisest rääkima“, „ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamisharjumusi“ ja „muu põhjus“.

## ARUTELU

Uuring keskendus Eesti arstide suitsetamise levimuse ning suitsetamisega seotud hoiakute ja suhtumiste väljaselgitamisele. Uuriti arstide hinnanguid oma teadmiste ja oskuste patsientidele juhiste andmiseks seoses suitsetamisega, nende arvamus suitsetamise ennetuse õpetamise vajalikkuse kohta põhiõppes ning seda, kui tihti arstid patsiendi käest nende suitsetamisharjumuse kohta küsivad ja millised tegurid neil piiravad selle tegemist.

## Uuringu tugevad ja nõrgad küljed

Tegemist oli juba neljanda arstide suitsetamisuuringuga Eestis. Sarnane meetodika võimaldab uuringu tulemusi võrrelda eelmise, 2002. aasta arstide suitsetamise uuringuga ja Soome 2001. aasta uuringuga. Soome üheks rahvatervishoiueesmärgiks on saavutada 2040. aastaks suitsuvaba riik, kus 15–64aastastest inimestest tarvitab tubakatooteid vähem kui 2% (16). Seetõttu on huvitav võrrelda Eesti arstide tervisekäitumist, suhtumist suitsetamisesse ja praktikat riigiga, kus on ühed ambitsioonikamad suitsetamise vähendamise tegevuskavad maailmas.

Arstid on homogeenne sihtrühm ja see lihtsustas tulemuste tõlgendamist. Analüüsitava ankeetide hulk oli suur ja andis seeläbi võimaluse sooliseks võrdluseks. Olulisi erinevusi ei esinenud naiste ja meeste keskmises vanuses ning vanusele kohandatud andmeanalüüsiga eemaldati vanuse mõju šansisuhete arvutamisel. Kuna tegemist oli ise täidetava küsimustikuga, ei saa välistada raporteerimisnihet vastajate tegelikus suitsetamises. Suitsetamise staatuse ebaõige raporteerimine võis mõjutada ka arvutatud šansisuhete toetus. Samas kombineeriti suitsetamise staatuse selgitamiseks küsimustiku kolm küsimust, mis võimaldas võimalikult täpselt määrata uuringus osalejate igapäeva-, juhu-, endise ja mitesuitsetamise levimuse sarnaselt 2002.

aasta arstide suitsetamise uuringuga. Tähelepanu ei saa jätta pööramata vastamismääradele, mis oli väiksem kui eelnevates Eestis korraldatud arstide suitsetamise uuringutes. Selle põhjuseks võis olla arstide hääbuv huvi suitsetamise temaatika vastu või tahtmatus anda DNA-proov. Kajastatud suitsetamislevimus võis osutada tegelikust väiksemaks, võttes arvesse väikest vastamismäära ning arvamust, et eelnimetatud põhjustel võis vastamata jätnute hulgas olla suitsetajaid rohkem kui vastanute hulgas.

## Suitsetamise levimus arstide seas

Uuring andis olulise ülevaate Eesti arstide suitsetamise levimusest. Igapäevasuitsetamine oli võrreldes 2002. aastaga vähenenud meesarstide hulgas kolmandiku ja naisarstide hulgas neljandiku võrra. Suitsetamise vähenemine arstikonnas ja selle väiksem levimus võrreldes üldrahvastikuga viitab ühiskonna küpsemisele Michael Kunze loodud tubakaepideemia mudeli järgi, kus aja möödudes järgneb arstide suitsetamise vähenemisele üldrahvastiku suitsetamise vähenemine, seejuures jääb üldrahvastiku suitsetamine arstide omast siiski suuremaks (2). Enamikus ühiskondades, sh Eestis, loobusid arstid suitsetamisest enne kui üldrahvastik, seda arvatavasti nende suurema teadlikkuse tõttu suitsetamisega kaasnevatest terviseriskidest (7).

Meesarstide igapäevasuitsetamise levimus oli kaks ja pool korda suurem kui naisarstidel, kuid sama palju kordi väiksem kui Eesti täiskasvanud meestel üldrahvastikus 2014. aastal (15). Naisarstid suitsetasid kolm korda vähem kui naised Eesti täiskasvanud üldrahvastikus. Samas oli Eesti meesarstide igapäevasuitsetamise levimus 2014. aastal ligi kaks korda suurem kui Soomes 2002. aastal (13). Rõõmustav on see, et naisarstide igapäevasuitsetamise levimus Eestis 2014. aastal oli üsna sarnane Soome naisarstide igapäevasuitsetamisega 2001. aastal. Võrreldes Soomega oli Eestis aga nii mees- kui ka naisarstide hulgas oluliselt vähem juhusuisetajaid (13).

## Arstide hinnangud seoses suitsetamisega

Kaks kolmandikku meesarstidest arvas, et nende praegused teadmised ja oskused on piisavad juhiste andmiseks patsientidele, kes soovivad suitsetamisest loobuda. Naistest nõustus väitega veidi alla poole vastanutest,



seega oluliselt vähem võrreldes meestega. Ka 2002. aastal hindasid Eesti meesarstid oma teadmisi ja oskusi kõrgemalt kui naisarstid. Samas hindasid Soome arstid isegi 2001. aastal oma teadmisi ja oskusi kõrgemalt kui Eesti arstid 2014. aastal (13). Käesolevas uuringus ei erinenud mees- ja naisarstide hinnangud oma teadmiste ja oskuste suhtes suhtumise staatuse järgi. Samasugused tulemused leiti arstide suhtumisuuringus 12 aastat tagasi.

Arstid pidasid suhtumise ennetust tervishoiutöötajate põhikoolituses vajalikuks, kusjuures naised nõustusid väitega oluliselt sagedamini. Väitega nõustuti rohkem kui 2002. aastal. Kui väitega nõustus 2002. aastal kaks kolmandikku, siis 2014. aastal neli viiendikku suhtetavatest meesarstidest. Soomes aga nõustusid 2001. aastal eeltoodud väitega peaaegu kõik arstid (mõnevõrra vähem suhtetavad meesarstid) (13). Kui käesolevas uuringus ei leitud arstide arvamusel suhtumise ennetuse koolituse vajalikkuse kohta seost suhtumise staatusega, siis 2002. aastal pidasid võrreldes suhtetavate arstidega mitesuhtetavad mees- ja naisarstid oluliselt rohkem sellist koolitust tervishoiutöötajate põhiõppes vajalikuks. See näitab, et aja jooksul on arstid hakanud rohkem mõtlema oma suhtumisteadmiste vajalikkusele ennetusvaldkonnas, seda olenevata nende endi suhtumise staatusest.

Mahukama suhtumistest loobumise väljaõppe saanud arstid on aktiivsemad panustama suhtumise vähendamisse rahvastiku seas (17), mistõttu on senisest rohkem tarvis tähelepanu pöörata tervishoiutöötajate suhtumistest loobumise praktiliste oskuste arendamisele põhiõppes. Tü arstiteaduse õppekavas on 2015/2016. aastal sisseastunudel võimalik erinevates põhiainetes kuulata üksikuid loenguid ja seminare suhtumistest ning valikainete raames läbida kaks väikese mahuga suhtumistestemalist ainet (18). Eestis korraldatakse suhtumistest loobumise koolitusi, kuid siiani puudub tubakasõltuvuse ravijuhend (19).

Arstidel on võrreldes teiste tervisedandajatega eelis patsientidele süstemaatiliselt vahendada suhtumistest loobumise efektiivseid võimalusi (20). Eestis tehti 2015. aastal üle 7 miljoni ambulatoorse vastuvõtu (21), kus patsiendid puutusid kokku neile väärtusliku ja usaldusväärse terviseinfo andjaga. On leitud, et isegi lühike suhtumistest loobumise soovitus arstivisiidil on

kulutõhus meetod suhtumistest vähendamisel ja võrreldav teiste ennetava meditsiini sekkumistega (22).

### Arstide tähelepanu pööramine suhtumistest

Mees- ja naisarstide võrdluses ei esinenud olulisi erinevusi patsiendi suhtumistest kohta küsimises. Kümnenndik mees- ja naisarstidest ei teinud seda kordagi, samal ajal kui „alati“ küsijaid oli mõnevõrra rohkem. Ligi kaks kolmandikku vastanutest küsisid patsiendi suhtumistest kohta „mõnikord“ või „sageli“. Arsti enda suhtumistest staatus mõjutas oluliselt seda, kas arstid patsiendi suhtumistest kohta küsisid või mitte. Võrreldes suhtetavate arstidega oli mitesuhtetavatel meesarstidel kaks ja pool korda ning naisarstidel kaks korda suurem šanss seda teha. Ka 2002. aastal küsisid Eesti mitesuhtetavad arstid patsiendi suhtumistestharjumuse kohta rohkem kui suhtetavad arstid ning see on kooskõlas arstide rahvusvaheliste suhtumistestuurin-gute tulemustega (4, 10). Samas oli 2014. aastal seda teinud arstide osakaal suurem võrreldes nii Eesti kui ka Soome suhtetavate ja mitesuhtetavate arstidega vastavalt 2002. ja 2001. aastal (13).

Kõige olulisem tegur, mis piiras tähelepanu pööramist patsiendi suhtumistest, oli ajapuudus, mida nimetasid kolm viiendikku meesarstidest ja pooled naisarstidest. Naised uskusid sagedamini kui mehed, et nad ei suuda mõjutada patsiendi suhtumistest, samal ajal kui mehed pidasid suhtumistest kohta küsimist oluliselt rohkem kellegi teise tööülesandeks kui naised. Suhtumistest staatusega oli nii mees- kui ka naisarstide hulgas seotud suhtumistest kohta küsimist piirava tegurina soov mitte häirida patsiendi privaatsust. Võrreldes suhtetavate arstidega oli mitesuhtetavatel arstidel oluliselt väiksem šanss seda oluliseks pidada. Suhtetavad naisarstid pidasid suhtumistest kui probleemi harvem oluliseks ja arvasid sagedamini, et see on kellegi teise tööülesanne võrreldes mitesuhtetavate naisarstidega. Teistel teguritel olulist seost suhtumistest staatusega ei ilmnunud.

Aastal 2002 nimetasid Eesti arstid ajapuudust patsiendi suhtumistest tähelepanu mittepööramise põhjusena mõnevõrra harvemini, harjumuse puudumist ja soovi mitte häirida patsiendi privaatsust nime-tati aga oluliselt sagedamini. Sellest võib

järeldada, et suitsetamisest rääkimine on arstide jaoks muutunud tavapärasemaks. Väitega, et arst ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamist, nõustus 2014. aastal sama palju mehi, kuid ligi kolm korda rohkem naisi kui 2002. aastal (13).

Eesmärgiga vähendada suitsetamist Eesti rahvastikus ja propageerida suitsuvaba töökohast on mitmed Eesti haiglad ühinenud ülemaailmse suitsuvabade haiglate võrgustikuga. Võib arvata, et terav tervise ja suitsetamise vastandamine arsti igapäevases töökohas võib kujundada nende tahet olla eeskujuks oma patsientidele ja pöörata suitsetamisele ka rohkem tähelepanu. Samas võib tegemist olla ühiskonna loomuliku küpsemise protsessiga, mille käigus arstid hakkavad enam mõistma oma rolli rahvastiku tervisekaitumise mõjutamisel. Eesti ja Soome kui kahe erineva küpsusastmega riigi arstide suitsetamise uuringute tulemuste võrdlus 2002. aastal näitas ilmekalt kahe riigi arstide erinevaid hoiakuid suitsetamise suhtes.

Uuringu andmete põhjal võiks edaspidi uurida tulemuste erinevusi esmatasandi-, eri- ja hambaarstide võrdluses, mida käesolevas töös ei tehtud. Järgnevates arstide suitsetamise uuringutes võiks uurida arstide arvamust e-sigarettide suhtes ja seda, kui avatud oleksid arstid soovutama patsientidele tõenduspõhist eestikeelset suitsetamisest loobumise mobiilirakendust.

Eesti arstid on valmis panustama suitsetamise vähendamisse ja peavad suitsetamise ennetust tervishoiutöötajate põhiõppes oluliseks. Samas selgus, et paljud arstid ei osanud oma teadmisi hinnata või hindasid neid ebapiisavaks, et anda juhiseid patsientidele suitsetamisest loobumise kohta. Seni- sest rohkem on tarvis tähelepanu pöörata arstide suitsetamisest loobumise praktiliste oskuste arendamisele põhiõppes. Seda enam, et tegemist on kulutõhusa meetodiga, mille abil vähendada suitsetamist kui suurimat vältivat terviseriski Eesti rahvastikule.

## JÄRELDUSED

Arstide suitsetamise levimus 2014. aastal oli oluliselt väiksem kui 2002. aastal, olles meesarstidel 16,2% ja naisarstidel 6,4%, igapäevasuitsetajaid oli vastavalt 12,5% ja 4,9%.

Mehed pidasid enam kui naised oma teadmisi ja oskusi piisavaks, et anda juhiseid patsientidele, kes soovivad suitsetamisest

loobuda, kuid nõustusid vähem väitega, et suitsetamise ennetus peaks olema osa tervishoiutöötajate põhikoolitusest. Suitsetamise staatus polnud oluliselt seotud kummagi eeltoodud hinnanguga ei mees- ega naisarstide hulgas.

Ligikaudu kümnendik arstidest ei küsinud viimase nädala jooksul kordagi patsiendi suitsetamise kohta. Mittesuitsetavad mees- ja naisarstid tegid seda oluliselt rohkem kui suitsetavad arstid.

Kõige olulisem tegur, mis piiras tähelepanu pööramist patsiendi suitsetamisele, oli ajapuudus, millele järgnes arvamus, et arst ei suuda mõjutada patsiendi suitsetamist. Võrreldes suitsetavate arstidega oli mittedesuitsetavatel mees- ja naisarstidel patsiendi privaatsuse häirimine oluliselt harvem suitsetamisele tähelepanu pööramist piirav tegur. Võrreldes suitsetavate naisarstidega pidasid mittedesuitsetavad naisarstid suitsetamisele tähelepanu pööramist piiravateks teguriteks oluliselt harvem probleemi mitteolulisust ja selle arvamist kellegi teise tööülesandeks.

Eelnevast lähtudes on oluliselt rohkem tarvis tähelepanu pöörata arstide suitsetamisest loobumise teadmiste ja praktiliste oskuste arendamisele põhi- ja täiendusõppes.

## TÄNUAVALDUS

Uuringut rahastas personaalse uurimistoetusena (PUT299/GMVPT0299P) Haridus- ja Teadusministeerium. Täname kõiki uuringumeeskonna liikmeid, kelle olulise panuseta poleks käesolev artikkel kirjutamiseni jõudnud.

## VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel puudub huvide konflikt seoses artiklis kajastatud teemadega.

## SUMMARY

### Smoking habits, smoking related opinions and attitudes towards patients' smoking habits among physicians in Estonia

Liis Lohur<sup>1</sup>, Kersti Pärna<sup>1</sup>

**Background.** Physicians play an important role in influencing their patients' health behaviour. The personal smoking habits of physicians might have an effect on their views towards smoking cessation activities and their willingness to discuss smoking with patients.

<sup>1</sup> Institute of Family Medicine and Public Health, University of Tartu, Tartu, Estonia

Correspondence to: Liis Lohur  
lohurliis@gmail.com

**Keywords:** physicians, smoking, opinions, attention to patients' smoking habits



**Objectives.** This study examined the smoking habits of Estonian physicians, and their smoking related opinions and attitudes toward the smoking habits of their patients with regard to their own smoking status.

**Study design and methods.** A cross-sectional postal study, based on a self-administered questionnaire, was carried out among all practising physicians in Estonia in 2014. Acting physicians under 65 years of age ( $n = 2334$ ) were studied.

**Results.** The current smoking prevalence was 16.2% for male and 6.4% for female physicians (12.5% and 4.9%, respectively, were daily smokers). Of the men, 61.2% and of the women 48.1% agreed that their current knowledge and skills were sufficient to instruct their patients on giving up smoking, with significant differences between the men and the women ( $p = 0.002$ ). The majority of the physicians considered smoking prevention to be necessary in basic training, while women were more willing to agree with the statement ( $p = 0.012$ ). There were no significant differences between the male and female physicians in inquiring about their patients' smoking status during the past week, although nearly one tenth of them had not done so. Non-smoking physicians were more likely to ask about their patients' smoking habits than those who smoked (men OR = 2.57; 95% CI 1.13–5.87; women OR = 2.02; 95% CI 1.12–3.64). The main reasons for not inquiring about patients' smoking habits were lack of time, the belief that they could not influence patients' smoking practices and lack of habit in their examination routine. Compared to the smoking female physicians, the non-smoking female physicians were less likely to consider the issue insignificant (OR = 0.36; 95% CI 0.19–0.70), were less likely to believe that it was someone else's job (OR = 0.44; 95% CI 0.26–0.73), or did not wish to disturb patients' privacy (OR = 0.55; 95% CI 0.33–0.93). The non-smoking male physicians were less likely than their smoking male colleagues to consider the wish not to disturb patients' privacy as a reason for not paying attention to their smoking habits (OR = 0.42; 95% CI 0.20–0.90).

**Conclusions.** The results provide a useful overview of Estonian physicians' smoking habits, smoking related opinions and the factors that limit their ability to contribute to smoking cessation activities. It is an important challenge for medical education in Estonia to provide physicians with the knowledge and practical skills that are necessary to help their patients quit smoking.

#### KIRJANDUS / REFERENCES

1. World Health Organization. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
2. Davis RM. When doctors smoke. *Tob Control* 1993;2:187–8.
3. Josseran L, King G, Guilbert P, Davis J, Brucker G. Smoking by French general practitioners: behavior, attitudes and practice. *Eur J Public Health* 2005;15:33–8.
4. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, doi: 10.1002/14651858.CD000165.pub4 (vaadatud 28.04.2016).
5. Tobacco use and dependence guideline panel. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville (MD): US Department of health and human services; 2008. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>).
6. Rigotti NA, Clair C. Managing tobacco use: the neglected cardiovascular disease risk factor. *Eur Heart J* 2013;34:3259–67.
7. Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974–2004. *BMC Public Health* 2007;7:115.
8. Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: A systematic review. *Addiction* 2005;100:1423–31.
9. Pärna K, Rahu K, Rahu M. Smoking habits and attitudes towards smoking among Estonian physicians. *Public Health* 2005;119:390–9.
10. Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: An international survey. *Patient Educ Couns* 2009;74:118–23.
11. Väär E, Vahtra M, Rahu M, Raudsepp J. Eesti arstikonna suitsetamishõlmavuse ankeetküsitlus. *Nõukogude Eesti Tevishoid* 1979;58:279–81.
12. Rahu M, Raudsepp J. Teine Eesti NSV arstikonna suitsetamishõlmavuse ankeetküsitlus 1982. aastal. *Nõukogude Eesti Tevishoid* 1986;65:258–61.
13. Pärna K, Rahu K, Barengo NC, et al. Comparison of knowledge, attitudes and behaviour regarding smoking among Estonian and Finnish physicians. *Soz Präventivmed* 2005;50:378–88.
14. Tervise Arengu Instituuti tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring. TKU50: Suitsetamine soo ja vanuserühma järgi, 2002.
15. Tervise Arengu Instituuti tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring. TKU50: Suitsetamine soo ja vanuserühma järgi, 2014.
16. WHO. Finland – Action plan to make the country smoke-free by 2040. [http://www.who.int/fctc/implementation/news/news\\_Fin/en/](http://www.who.int/fctc/implementation/news/news_Fin/en/) (vaadatud 14.04.2016).
17. Twardella D, Brenner H. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. *Eur J Public Health* 2005;15:140–5.
18. Tartu Ülikool. Opeka "Arstiteadus (80418)" sisu 2015/2016 sisseastunutele. ([https://www.is.ut.ee/pls/ois/!tere.tulemast?leht=OK\\_8L\\_PU&systeemi\\_seaded=1%2C1%2C12%2C1&iid\\_a\\_oppekava=4464](https://www.is.ut.ee/pls/ois/!tere.tulemast?leht=OK_8L_PU&systeemi_seaded=1%2C1%2C12%2C1&iid_a_oppekava=4464)) (vaadatud 14.04.2016).
19. Kralikova E, Bonevski B, Stepankova L, Pohlova L, Mladkova N. Postgraduate medical education on tobacco and smoking cessation in Europe. *Drug Alcohol Rev* 2009;28:474–83.
20. Schnoll RA, Rukstalis M, Wileyto EP, Shields AE. Smoking cessation treatment by primary care physicians: An update and call for training. *Am J Prev Med* 2006;31:233–9.
21. Tervise Arengu Instituuti tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Tervishoiuteenuste kasutamine ja ravi põhjused. AV11. Arsti ambulatoorsed vastuvõttud vanuserühma, ameti ja maakonna järgi, 2015.
22. Cummings SR. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *J Am Med Assoc* 1989;261:75.

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, LIIS LOHUR (sünd. 04.04.1990)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Arstide suitsetamine ja suhtumine suitsetamisse“, mille juhendaja on Kersti Pärna,
  - 1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kätte saadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
  - 1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 26. mail 2016 a.